



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Anforderungen an einen gemeinsamen
Urlaubsaufenthalt von Menschen mit und ohne
körperlicher Behinderung“

Verfasserin

Manuela Höchsmann

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.^a)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

MMag. Dr. Ferdinand Holub

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Manuela Höchsmann,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieselbe Arbeit weder im In- noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen Menschen herzlich bedanken, die mich während meiner Studienzeit und bei der Erarbeitung dieser Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben!

Insbesondere möchte ich mich bei meinen Interviewpartner/inne/n, die hier aufgrund der Wahrung der Anonymität nicht genannt werden, bedanken!

Mein größter Dank gilt meinen Eltern Hermine und Martin, die mich mein ganzes Leben lang unterstützt und immer an mich geglaubt haben!

Zusammenfassung

HINTERGRUND: Urlaub und Reisen hat in der heutigen Gesellschaft eine große Bedeutung. Dies gilt sowohl für Menschen mit als auch ohne Behinderung. Die Erholung vom Alltag stellt dabei einen zentralen Aspekt dar, wobei dies am besten an einem anderen Ort als zuhause gelingt. In einem fremden Umfeld gibt es jedoch zahlreiche Hürden für Menschen mit körperlicher Behinderung, die es zu bewältigen gilt. Darüber hinaus sind sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung auf die Hilfe und Unterstützung von anderen Personen angewiesen. Dies kann bei Unkenntnis ihrer Erwartungen und Wünsche zu Problemen während einer gemeinsamen Urlaubsreise und damit zu negativen Urlaubserlebnissen führen.

ZIEL: Da die Zahl der körperlich beeinträchtigten Personen in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird, ist es bedeutend, dass ihre Erwartungen und Wünsche an einen Urlaubsaufenthalt im Allgemeinen und mit Menschen ohne Behinderung im Speziellen beachtet werden. Nur, wenn behinderte und nichtbehinderte Personen wissen, welche Anforderungen der jeweils andere an eine gemeinsame Urlaubsreise stellt, kann sich diese für beide positiv gestalten. Diese Diplomarbeit soll einen ersten Einblick in diese Anforderungen bieten.

METHODE: Die Fragestellung „Welche Erwartungen und Wünsche haben Menschen mit körperlicher Behinderung an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt mit Menschen ohne Behinderung?“ wurde mithilfe von acht leitfadengestützten Interviews beantwortet. Als Auswertungsmethode diente die zirkuläre Dekonstruktion.

ERKENNTNISSE: Das wichtigste Reisemotiv stellt für die meisten Interviewpartner/innen die Erholung dar. Damit dies gelingt, bedarf es jedoch einer umfangreichen Vorbereitung. Zu beachten sind dabei der Transport, die barrierefreie Unterkunft und Freizeitgestaltung sowie nicht zuletzt die Organisation der Reisebegleitung. Menschen mit körperlicher Behinderung können aufgrund ihrer (Pflege-) Abhängigkeit meist nicht alleine eine Urlaubsreise unternehmen. An die Begleitperson werden jedoch zahlreiche Anforderungen gestellt. Dabei ist für viele wichtig, dass die Reisebegleitung eine ihnen vertraute Person ist, weil diese die

Bedürfnisse der Betroffenen bereits kennt und somit auch ein Gefühl der Sicherheit gibt. Eine Herausforderung stellt für die Betroffenen ebenso die Finanzierung der Urlaubsreise dar.

SCHLUSSFOLGERUNG: Für die Interviewpartner/innen hat Urlaub eine große Bedeutung. Dies steht jedoch im Widerspruch zur F.U.R. Reiseanalyse, wonach die Urlaubsreiseintensität der Zielgruppe deutlich unter jener der Gesamtbevölkerung liegt. Ein Grund hierfür ist möglicherweise das Fehlen passender Angebote für Menschen mit Handicap. Die Erhebung der Anforderungen von körperlich behinderten Personen an eine gemeinsame Urlaubsreise mit Nichtbehinderten kann dabei als erste Orientierung dienen. Zu beachten ist jedoch, dass die Befragten keine repräsentative Stichprobe für Menschen mit körperlicher Behinderung darstellen.

SCHLÜSSELWÖRTER: körperliche Behinderung, Urlaubsreise, Reisebegleitung

Abstract

BACKGROUND: Holidays and travelling are of big significance in todays society. This applies to people with and without handicap, respectively. Recreation from everyday life is a very important aspect, which succeeds better in a place away from home. However, there are many difficulties for handicapped people to handle in foreign surroundings. Furthermore they depend on help and support of other people. If there is a lack of knowledge of the target groups' needs and expectations, this can lead to problems during their journey and further to negative experiences.

AIM: The number of handicapped people will increase considerably within the next years. Due to this it is very important to take into consideration the expectations and needs of a vacation stay of them in general as well as of a vacation stay with people without handicap in special. Just if both, people with and without handicap know the expecations of the others the journey can prove to be positive for everyone. This Thesis should provide a first insight into these demands.

METHOD: The question „Which expectations and needs do physically handicapped people have in a vacation with non-disabled people?“ has been answered by means of eight semi- constructed interviews. The circular deconstruction has been chosen for the analysis.

RESULTS: For most of the interview partners, recreation is the main motive of travelling. To make sure that this succeeds, detailed preperations are necessary. Transport, barrier- free accomodation and recreational activities and not at least the organisation of the vacation companionship have to be taken into consinderation. Often it's not possible for handicapped people to travel alone, on account of their dependence on care. Howerver, there are numerous requirements for the companion. It has to be a close person because he/she already knows the needs of the concerned one and can give him/her the feeling of security. Another challenge is the financing of the holiday.

CONCLUSION: Holiday is very important for most oft he interview partners. However this is contradictory to the F.U.R. travelling analysis, which says that the travelling

intensity of the target group is considerably underneath the one of the total population. One reason for this may be the lack of offers for disabled people. The enquiry of the demands of people with handicap for the holidays spent with non-disabled can be a first orientation. It should be taken into consideration, that the interviewed persons are not a representative sample for the whole group of people with disabilities.

KEYWORDS: physically handicapped people, vacation, travel companionship

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
2	Behinderung	11
2.1	Der Behindertenbegriff	11
2.2	Definitionen im historischen Kontext/ Behinderung im Wandel	11
2.3	Definitionen in österreichischen Gesetzen	13
2.4	Behinderung aus der Sicht der Pflegewissenschaft	14
2.5	Paradigmen des Behindertenbegriffs.....	15
2.6	Modelle von Behinderung	15
2.7	Die internationale Klassifikation der WHO.....	16
2.7.1	International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps (ICIDH).....	17
2.7.2	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	18
2.7.3	Unterschiede zwischen ICIDH und ICF.....	20
2.8	Körperbehinderung	21
2.8.1	Definition.....	22
2.8.2	Formen und Ursachen von Körperbehinderung	22
2.8.3	Anzahl der Menschen mit körperlicher Behinderung in Österreich	26
2.9	Kontakt als Integrationsmöglichkeit für Menschen mit Behinderung	28
2.9.1	Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung	28
2.9.2	Kontakt zu Menschen mit Behinderung	29
3	Freizeit und Tourismus- Allgemein.....	30
3.1	Etymologie und Definition.....	30
3.1.1	Freizeit	30
3.1.2	Tourismus	31
3.2	Urlaubsreisen	32

3.3	Reiseentscheidung.....	32
3.3.1	Informationsprozess.....	32
3.3.2	Entscheidungsphase.....	33
3.3.3	Modelle und Theorien.....	33
4	Freizeit und Tourismus für Menschen mit körperlicher Behinderung.....	36
4.1	Freizeit.....	36
4.2	Reisen, Urlaub und Tourismus für Menschen mit Behinderung.....	39
4.2.1	„Reiseaktivwerden“.....	39
4.2.2	Anforderungen an touristische Angebote.....	41
4.3	Touristische Servicekette	43
4.3.1	Informieren und Planen	44
4.3.2	An- und Abreise.....	45
4.3.3	Orientieren	45
4.3.4	Unterkunft.....	45
4.3.5	Assistenz/Versorgung.....	46
4.3.6	Essen.....	47
4.3.7	Freizeitgestaltung.....	47
4.3.8	Erinnerung.....	47
4.4	Probleme einer Urlaubsreise.....	47
4.4.1	Betreuung.....	48
4.4.2	Equipment	48
4.4.3	Unterkunft.....	49
4.5	Barrierefreiheit als zentraler Aspekt des Reisens	49
4.5.1	Barrierehaupttypen.....	50
4.5.2	Barrierefreies Planen für Tourismuseinrichtungen (Unterkünfte).....	51
4.6	Urlaubsreiseverhalten	52

4.6.1	Reiseintensität, Reishäufigkeit und Reisedauer	53
4.6.2	Reisearten und Reisemotive	55
5	Betreuung, Assistenz und Pflege	56
5.1	Pflegeabhängigkeit	56
5.2	Belastungen von pflegenden Angehörigen	59
6	Qualitative Sozialforschung	61
6.1	Theoretische Grundlagen qualitativen Denkens nach Mayring	61
6.2	Das qualitative Interview	63
6.3	Gütekriterien in der qualitativen Sozialforschung	64
6.4	Datenaufbereitung	65
6.4.1	Forschungsfrage und Interviewleitfaden	65
6.4.2	Auswahl der Interviewpartner/innen	66
6.4.3	Zirkuläres Dekonstruieren	67
7	Ergebnisdarstellung	70
7.1	Tabellarische Übersicht	70
7.2	Planung einer Urlaubsreise	71
7.2.1	Urlaubsmotivation /-bedeutung	72
7.2.2	Einstellung auf die neue Situation	73
7.2.3	Urlaubsart	73
7.2.4	Reisevorbereitung	73
7.2.5	Kostenfaktor	75
7.3	Allgemeine Anforderungen an eine Urlaubsreise	75
7.3.1	Transport	76
7.3.2	Bedeutung von Barrierefreiheit	76
7.3.3	Freizeitgestaltung	78
7.3.4	Belastungen	78

7.3.5	Gefühl von Sicherheit	79
7.3.6	Intimität.....	79
7.3.7	think positive	79
7.4	Reisebegleitung	80
7.4.1	Die „gute“ Reisebegleitung	80
7.4.2	Fremde Personen als Reisebegleitung	82
7.4.3	Abhängigkeit von anderen Personen	83
7.4.4	Selbstbestimmung	83
7.4.5	Potentiale	84
7.5	Menschenbild	85
7.5.1	Einstellungen gegenüber Menschen mit körperlicher Behinderung	85
7.5.2	Gefühl der Diskriminierung	85
7.5.3	Gleichbehandlung.....	86
7.5.4	„Normalsein“	86
7.5.5	Differenzierung.....	87
8	Fazit	88
9	Ausblick.....	91
	Literatur	93
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	99
	Curriculum Vitae.....	101

1 Einleitung

Urlaub und Reisen haben in der heutigen Gesellschaft eine große Bedeutung. Wichtig ist dabei der Aspekt der Erholung vom (Arbeits-) Alltag, wobei dies am besten an einem anderen Ort gelingt. Für viele Menschen ist daher das Unternehmen einer Urlaubsreise nicht mehr wegzudenken. Eine besondere Bedeutung hat dies für Menschen mit körperlicher Behinderung, da sie viele Hürden und Barrieren überwinden müssen.

In diesem Zusammenhang ist es jedoch auch wichtig zu verstehen, dass für Betroffene zu einem gelungenen Urlaubsaufenthalt mehr gehört, als „nur“ die Barrierefreiheit.

Die Organisation „Vitalise“ betreibt in Großbritannien mehrere Ferienhäuser, in denen Menschen mit körperlicher Behinderung die Möglichkeit haben, ihren Urlaub zu verbringen. Betreut werden die Gäste vorwiegend vom Personal (keine ausgebildeten Pflegepersonen) und von internationalen Volontären. Nach meinem dreiwöchigen Praktikum bei „Vitalise“ in London wollte ich wissen, ob es etwas Vergleichbares auch in Österreich gibt. Bei meiner Recherche musste ich jedoch feststellen, dass dies nicht der Fall ist, und das obwohl der Bedarf (siehe Kapitel 2.8.3) hierfür vorhanden wäre. Manche Pflegeheime/ Organisationen bieten zwar für ihre Bewohner/innen/ Mitglieder Urlaube und Ausflüge an, aber es gibt kein vergleichbares Feriencenter. Aufgrund der zahlreichen Gespräche mit den Gästen im Feriencenter Jubilee Lodge in London, war ich von den positiven Auswirkungen dieser Art von Urlaub überzeugt und wollte die Anforderungen von körperlich behinderten Österreicher/innen an diese Art von Urlaub erheben.

Während des Verfassens dieser Arbeit stellte sich jedoch heraus, dass eine reine Erhebung der Anforderungen an ein Feriencenter für Menschen mit körperlicher Behinderung zu eng gefasst ist und auch der Begriff „Feriencenter“ bei jedem Menschen unterschiedliche Vorstellungen hervorruft. Aus diesem Grund entschied ich mich, das Thema der Arbeit zu erweitern und damit den Interviewpartner/innen eine größere Antwortfreiheit und somit auch einen umfangreicheren Einblick in die Wünsche und Erwartungen der Zielgruppe zu ermöglichen.

In der folgenden Diplomarbeit soll es darum gehen, sich mit den Wünschen und Bedürfnissen von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen während eines gemeinsamen Urlaubsaufenthalts mit Menschen ohne Behinderung auseinanderzusetzen.

Das Thema der Arbeit lautet deshalb: „Anforderungen an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt von Menschen mit und ohne körperlicher Behinderung.“

Im theoretischen Teil dieser Diplomarbeit werden zuerst die Begriffe Behinderung (besonders basierend auf der internationalen Klassifikation der WHO) und im speziellen körperliche Behinderung behandelt. Des Weiteren wird der Kontakt als Integrationsmöglichkeit zwischen Menschen mit und ohne Behinderung beschrieben, bevor eine allgemeine Einführung in Freizeit und Tourismus gegeben wird. Dies ist Grundlage zu einem besseren Verständnis jenes Kapitels, welches sich mit Freizeit und Tourismus speziell für Menschen mit körperlicher Behinderung befasst. Den Schluss des theoretischen Teils bildet das Kapitel über Betreuung, Assistenz und Pflege von Menschen mit Behinderung. Dabei wird unter anderem die Pflegeabhängigkeitsskala beschrieben. Ebenso wird abschließend auf die Belastungen von pflegenden Angehörigen eingegangen.

Grundlage für den empirischen Teil der Diplomarbeit ist die Forschungsfrage

„Welche Erwartungen und Wünsche haben Menschen mit körperlicher Behinderung an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt mit Menschen ohne Behinderung?“.

Mithilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens wurden acht Interviews mit betroffenen, körperlich- behinderten Menschen geführt. Die Auswertung konnte nach anschließender Transkription der Gespräche durchgeführt werden. Als Methode diente die von der Technischen Universität Berlin eigens für die Auswertung qualitativ- erhobener Daten entwickelte zirkuläre Dekonstruktion.

2 Behinderung

Zu Beginn dieser Diplomarbeit soll eine Definition des Begriffs Behinderung und speziell körperliche Behinderung gegeben werden. Dies ist jedoch nicht möglich, da es nicht nur eine Definition von Behinderung gibt. Das folgende Kapitel zeigt daher eine Übersicht über mögliche Begriffsbestimmungen von Behinderung. Ziel ist hier nicht, alle möglichen Definitionen aufzuzählen, sondern dem/der Leser/in die Schwierigkeit der Definition des Behindertenbegriffes aufzuzeigen. Ausgehend vom Wandel der Begrifflichkeiten, der sich aus der Haltung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung ergibt, werden auch historische Definitionen herangezogen (vgl. *Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S. 9*). Anschließend wird auf die Formen und Ursachen der körperlichen Behinderungen eingegangen und ein Überblick über die Anzahl der Betroffenen in Österreich gegeben.

2.1 Der Behindertenbegriff

Im Folgenden werden unterschiedliche Definitionen des Behindertenbegriffs angeführt. Es gibt mehrere Vorstellungen darüber, wie er bestimmt werden könnte. Der Begriff der Behinderung ist komplex und schwer greifbar, was dazu führt, dass er je nach Zielsetzung unterschiedlich definiert wird. Diese Zielsetzungen sind beispielsweise von medizinischer, psychologischer, pädagogischer, soziologischer, ökonomischer, juristischer oder sozialpolitischer Seite. (Vgl. *Maschke, 2008, S. 30*)

Marin (2003) beschreibt die Schwierigkeit folgendermaßen:

„Medical complaints, sickness, illness, chronic disease, impairment, functional limitations, disability and incapacity to work are ill-defined and complex phenomena. Disability in particular is a slippery and potentially expansive category: It is inherently subjective, ambiguous, fuzzy, elusive, and inevitably problematic to define and to measure.“ (Marin, 2003, S.23. In: Maschke, 2008, S.30)

2.2 Definitionen im historischen Kontext/ Behinderung im Wandel

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich der Begriff Behinderung im Laufe der Zeit gewandelt hat. Dies soll zumindest ansatzweise zeigen, welche Einstellung bzw.

Haltung die Gesellschaft zur jeweiligen Zeit gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen hatte.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts fügen Wissenschaftler, wie zum Beispiel der Orthopäde Konrad Biesalski dem somatischen Gesichtspunkt der Körperbehinderung eine soziale Kategorie hinzu: *„Zunächst betont die Begriffsbestimmung, daß der Krüppel ein Kranker ist. Daran sollte man unter allen Umständen festhalten.“* Diesem Aspekt fügt er das soziale Moment hinzu, *„unter welchen auch nicht der etwaige Wohlstand oder die Armut allein verstanden ist, sondern die Intelligenz, der Umstand, ob das Krüppelkind Waise, Halbwaise, ehelich oder unehelich ist, ob es Stiefvater oder Stiefmutter hat, ja gelegentlich die Entfernung des Wohnortes von der Heilanstalt. Keines von diesen Momenten ist für sich entscheidend, nur die wechselseitige Beziehung.“* (Biesalski, 1909, zit. in Bernsmeier [Hrsg.], 1983, S. 22f)

Ebenso wie Biesalski beschränkt sich auch Hans Würtz nicht auf die rein medizinische Definition, da diese unzulänglich wäre, wenn sie sich nur auf körperliche Gebrechen stützt. *„Der Bewegungsgehemmte ist auch im Gebrauch seiner Seelenkräfte behindert, er kann mit Benachteiligungs- und Argwohnsgefühlen nicht fertig werden, wenn er sich nicht aufrafft und seinem Seelentum so, wie es sich vom Leiden her in ihm durchbildet, den Krieg erklärt.“* (Würtz, 1921, zit. in Bernsmeier [Hrsg.], 1983, S. 23)

Behinderung wurde also einerseits als Krankheit begriffen, wobei offenbar andererseits von körperlicher Behinderung angenommen wurde, dass sie grundsätzlich mit einer zumindest eingeschränkten „Seelenkraft“ einhergeht.

Zu einer weiteren Stigmatisierung von Behinderung kam es nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten. Dabei erklärte man sie zur sozialen Last und zur sozialen Gefahr. Die Vorurteile gegen Menschen mit Behinderung wurden genutzt, um die Vernichtung von »lebensunwertem Leben« zum politischen Programm zu machen. (Vgl. Uher in Frischenschlager et al, 2002, S. 279) Im Juli 1933 verabschiedete Hitler das sogenannte Sterilisierungsgesetz „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN). Als Indikation für deren zwangsweise Durchführung galt unter anderem eine schwere körperliche

Behinderung. Laut Thomann (1994) wurde darunter eine *„sichtbare stationäre, bleibende, auffällige, angeborene oder sich im Laufe des jugendlichen Lebens entwickelnde erbliche und mehr oder weniger stark funktionsbehinderte Abweichung von der Norm“* verstanden. Nach der Ideologie des Nationalsozialismus sollte der Staat die Schwachen und Gebrechlichen nicht übermäßig fördern, da diese letztlich „unproduktiv“ seien. Groß (1936) meinte in der „Zeitschrift für Krüppelfürsorge“, dass *„(...) es selbstverständlich nationalsozialistische Pflicht ist, die Träger solcher Behinderungen mit allen menschenmöglichen Mitteln über deren Defekt hinwegzubringen, (...)“* (Vgl. Stadler, 2004, S. 295ff)

1974 definiert Franz Schönberger unter Berücksichtigung der somatischen, sozialen und individuell- psychologischen Komponenten Körperbehinderung folgendermaßen: *„Körperbehindert ist, wer infolge einer Schädigung der Stütz- und Bewegungsorgane in seiner Daseinsgestaltung so stark beeinträchtigt ist, daß er jene Verhaltensweisen, die von den Mitgliedern seiner wichtigsten Bezugsgruppen in der Regel erwartet werden, nicht oder nur unter außergewöhnlichen individuellen und sozialen Bedingungen erlernen bzw. zeigen kann und daher zu einer langfristigen schädigungsspezifisch- individuellen Interpretation wichtiger sozialer Rollen finden muß [sic!].“* (Schönberger, 1974, zit. in Bernsmeier [Hrsg.], 1983, S. 24)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass während der Zeit des NS Regimes sehr stark versucht wurde, Ängste in der Bevölkerung zu erzeugen. Selbst in den Definitionen von körperlicher Behinderung der 1970er Jahre lag die Betonung auf dem Defizitären.

2.3 Definitionen in österreichischen Gesetzen

Je nach Zielsetzung der unterschiedlichen Gesetze, wird der Begriff Behinderung unterschiedlich definiert.

Beispielsweise wird im Bundes- Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG, BGBl. I Nr.82/2005) Behinderung folgendermaßen definiert:

„§ 3. Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die

geeignet ist, die Teilnahme am Arbeitsleben zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.“

Das Bundespflegegeldgesetz (BPGG, BGBl. Nr. 110/1993), welches sich auf die Anspruchsvoraussetzungen bezieht, besagt:

„§ 4. (1) Das Pflegegeld gebührt bei Zutreffen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfebedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.“

Im Unterschied zu den oben erwähnten Bundesgesetzen existiert im Wiener Behindertengesetz (WBHG, LGBl. Nr. 16/1986), welches ein Landesgesetz ist folgende Definition:

„§ 1a. (1) Als Behinderte im Sinne dieses Gesetzes gilt eine Person, die infolge eines Leidens oder Gebrechens in ihrer Fähigkeit, eine angemessene Erziehung und Schulbildung zu erhalten oder einen Erwerb zu erlangen oder beizubehalten, dauernd wesentlich beeinträchtigt ist.“ (Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2008, S.11- 13)

2.4 Behinderung aus der Sicht der Pflegewissenschaft

Laut Boyles (2008) sind in der Pflegewissenschaft folgende Sichtweisen von Behinderung gebräuchlich:

- (1) Die traditionelle Perspektive: Behinderung ist eine funktionelle Störung, durch die der Mensch aufgrund der Schädigung nicht fähig ist, vollständig zu funktionieren. Die synonym verwendeten Begriffe Behinderung und Schädigung beziehen sich auf die physische und mentale Unfähigkeit „normal“ zu funktionieren. Menschen mit Beeinträchtigungen können geschlechtsspezifische und berufliche Erwartungen nicht erfüllen.
- (2) Die soziale Perspektive: Behinderung definiert sich durch die Barrieren des ungleichen Zugangs und durch die negativen Einstellungen der Gesellschaft. Die Schädigung, welche das äußere Erscheinungsbild eines Menschen betrifft, wird von der Gesellschaft nicht akzeptiert und als physische und kognitive Einschränkung betrachtet. (Vgl. Fellner, 2008, S.12 zit. nach Boyles, 2008)

2.5 Paradigmen des Behindertenbegriffs

Bleidick hat 1976 erstmals vier Paradigmen¹ aufgestellt, welche in der deutschsprachigen Literatur die geläufigsten sind:

- Das personenorientierte Paradigma (medizinisches Modell): Dabei wird die Behinderung als eine stabile, individuelle Eigenschaft wahrgenommen, die naturwissenschaftlich objektivierbar ist.
- Das interaktionistische Paradigma: Behinderung ist das Resultat der Zuschreibung von normativen Erwartungshaltungen Dritter. Wobei der/die Betroffene durch diese soziale Reaktion typisiert, etikettiert, stigmatisiert und kontrolliert wird. (Vgl. Bleidick, 1976, zit. in Cloerkes, 2007, S. 10)
- Das systemtheoretische Paradigma: Behinderung ist das Ergebnis der Qualifikations- und Selektionsfunktion des Bildungs- und Ausbildungssystems.
- Das gesellschaftstheoretische Paradigma: Behinderung wird vor dem Hintergrund des Materialismus als eine soziale Kategorie, als ein Produkt der Produktionsverhältnisse und als Folge von Kapitalverwertungsinteressen der herrschenden Klassen definiert. Dabei werden Menschen mit Beeinträchtigungen zu Arbeitskräften minderer Güte. (Vgl. Maschke, 2008, S.32)

2.6 Modelle von Behinderung

Es gibt verschiedene Modelle² von Behinderung. Bickenbach (1993) unterscheidet beispielsweise zwischen drei Modellen:

- (1) Das biomedizinische Modell lehnt sich an das medizinische Paradigma von Bleidick an. Hierbei wird eine Abgrenzung von Normalität (die irgendwie von irgendwem vorgenommen wurde) zu abweichenden Zuständen oder Verhalten

¹ Paradigma= „Denkmuster, das das Wissenschaftliche Weltbild, die Weltsicht einer Zeit prägt.“ (Duden, 2000, S. 985)

² Unter einem Modell wird eine vereinfachte und modifizierte Darstellung eines tatsächlichen Sachverhaltes verstanden. (Vgl. Kühne- Ponesch, 2004, S.38)

vorgenommen. Somit kann ein/eine Beobachter/in die Normverletzung zweifelsfrei und objektiv diagnostizieren.

(2) Das ökonomische Modell fokussiert sich auf Fähigkeitseinschränkungen, welche sich insbesondere auf Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und deren Folgen beziehen.

(3) Das sozial- politische Modell setzt sich aus zwei Hauptquellen zusammen: Einerseits aus der Soziologie bzw. Sozialpsychologie und andererseits aus den Disability Studies. Dieses Modell orientiert sich am interaktionistischen Paradigma von Bleidick. Hierbei wird Behinderung als ein sozial konstruiertes Phänomen gesehen, das sich in den Einstellungen gegenüber behinderten Menschen in Institutionen und sozialem Verhalten niederschlägt und zu benachteiligenden Lebensbedingungen für sie führt. (Vgl. Bickenbach, 1993, zit. in Maschke, 2008, S. 34f)

Mit der Unterteilung von Bickenbach kann eine Verschiebung von medizinischen über ökonomischen hin zu sozial- politischen Modellen festgestellt werden. Somit wird Behinderung immer mehr als eine Interaktion zwischen Individuum und Umwelt verstanden. (Vgl. Maschke, 2008, S.34f)

Weiters gibt es das so genannte Gap-Modell. Es definiert Behinderung als ein Ungleichgewicht zwischen individuellen Funktionsfähigkeiten und den Anforderungen der baulichen und sozialen Umwelt. Dieses kann durch verschiedene Möglichkeiten verringert werden. Beispielsweise durch die Optimierung individueller Fähig- bzw. Fertigkeiten mit Hilfe von Training und unterstützenden Technologien oder durch die Senkung funktioneller Anforderungen der Umwelt. (Vgl. Mallas et al, 2004, S.310)

2.7 Die internationale Klassifikation der WHO

Die WHO (World Health Organisation) entwickelte eine Reihe von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Diese internationalen Klassifikationen stellen einen Rahmen zur Kodierung eines breiten Spektrums von Gesundheitsinformationen, wie zum Beispiel Diagnosen, Funktionsfähigkeit und Behinderung oder Gründe für die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung zur

Verfügung. Die dabei verwendete standardisierte allgemeine Sprache, ermöglicht eine weltweite Kommunikation über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung in verschiedenen Disziplinen und Wissenschaften. (Vgl. *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 9*)

Es gibt viele Modelle und theoretische Sichtweisen von Behinderung, doch die einflussreichste und anerkannteste ist die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Klassifikation der WHO. Sie löste die von 1980 bis Mai 2001 gültige ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps) ab. (Vgl. *Maschke, 2008, 36*)

2.7.1 International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps (ICIDH)

Die ICIDH unterscheidet folgende Ebenen der Behinderung:

- (1) Impairment: Die Schädigung einer körperlichen Struktur oder Funktion.
- (2) Disability: Die Beeinträchtigung einer Fähigkeit oder Fertigkeit aufgrund der Schädigung.
- (3) Handicap: Die Behinderung im Sinne sozialer Beeinträchtigung, die sich aus der Schädigung oder Funktionsbeeinträchtigung ergibt. (Vgl. *Kallenbach, 2000, S. 20*)

Beispiel aus Cloerkes, 2007, S. 5:

„Ein Kind wird gehörlos geboren (»impairment«). Das hat für seine elementare Lebensfähigkeit keine zwangsläufigen Folgen, kann jedoch dazu führen, daß es keine oder keine hinreichende Sprachkompetenz erwirbt; es wäre damit in der Verständigung und im Verständnis...behindert (»disability«). Dies kann wiederum dazu führen, daß das betroffene Kind privat und/oder beruflich kein »normales« Leben führen kann, wie es seinen Interessen und Anlagen vielleicht entspräche (»handicap«)“ (Brackhane, 1988, S24).

Kritisiert wurde an diesem Modell, dass die Begriffe sehr negativ besetzt sind, das Modell stark medizinisch ausgerichtet ist, der Grund für die Beeinträchtigung die Schädigung ist, die Umwelt ausgeblendet wird und der Lebenshintergrund nicht

berücksichtigt wird. Diese Gründe führten 2001 zur Einführung der ICF. (Vgl. Maschke, 2008, S.37)

2.7.2 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Die ICF gilt für alle Menschen und bezieht sich nicht nur auf jene mit Behinderung, weil so der Gesundheitszustand und die damit zusammenhängenden Zustände in Verbindung mit jedem Gesundheitsproblem beschrieben werden können. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 13)

In der ICF wird das medizinische Modell mit dem sozialen Modell von Behinderung vereint. Die Beschreibung von Funktionen und Fähigkeiten des Einzelnen stellt dabei den zentralen Aspekt dar. (Vgl. Firlinger, 2003, S. 121) Die Betonung liegt auf dem gesellschaftlichen Kontext, in dem Menschen leben. Ziel ist ihre aktive und selbstbestimmte Teilhabe. Ebenso hat von nun an die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung eine zentrale Bedeutung. Der in der sozialen Dimension negativ besetzte Begriff »handicap« (aus der ICIDH) hat in der ICF eine klare integrative Zielsetzung erfahren, nämlich die »Partizipation«. Erhalten bleibt die wichtige Trennung zwischen einer Schädigung und den Auswirkungen dieser Schädigung auf der personalen und sozialen Ebene. (Vgl. Cloerkes, 2007, S. 6ff)

Diese Klassifikation beschreibt Situationen menschlicher Funktionsfähigkeit und ihrer Beeinträchtigungen und dient als Organisationsrahmen dieser Informationen. In der ICF werden Informationen in zwei Teile gegliedert, wobei sich der eine Teil mit Funktionsfähigkeit und Behinderung und der andere mit den Kontextfaktoren befasst. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 13)

- Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung:

(1) Körperfunktionen und -strukturen

(2) Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

- Komponenten der Kontextfaktoren

(3) Umweltfaktoren

(4) Personenbezogene Faktoren

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 16)

Die **Funktionsfähigkeit** ist der Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation. Damit werden die positiven Aspekte der Interaktion einer Person mit ihren Kontextfaktoren bezeichnet. Der Oberbegriff **Behinderung** bezeichnet Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Partizipation. Damit werden die negativen Aspekte der Interaktion einer Person mit ihren Kontextfaktoren bezeichnet. *(Vgl. ebd, 2005, S. 145/146)*

- (1) Als **Körperfunktionen** werden die physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet. Da sich „Körper“ auf den menschlichen Organismus als Ganzen bezieht, schließt dies auch das Gehirn mit ein. Deshalb werden mentale (oder psychologische) Funktionen den Körperfunktionen zugeordnet.

Strukturelle oder anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile werden als **Körperstrukturen** bezeichnet.

- (2) Als **Aktivität** wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person bezeichnet. Von einer Beeinträchtigung der Aktivität wird dann gesprochen, wenn eine Person Schwierigkeiten bei der Durchführung einer Aktivität hat. Diese kann von leicht bis voll ausgeprägt reichen.

Partizipation (Teilhabe) bedeutet die Einbeziehung einer Person in eine Lebenssituation. Wenn eine Person dabei Probleme hat, wird dies als Einschränkung der Partizipation bezeichnet. *(Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 146)*

Domänen für Aktivität und Partizipation sind beispielsweise Kommunikation, Mobilität, Lernen und Wissensanwendung, Selbstversorgung oder Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen. (Vgl. ebd, 2005, S. 20)

Den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen stellen die sogenannten **Kontextfaktoren** dar. Diese umfassen die Komponenten Umweltfaktoren sowie personenbezogene Faktoren. (Vgl. ebd, 2005, S. 21)

(3) Die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten bilden die **Umweltfaktoren**. Diese außerhalb eines Individuums liegenden Faktoren können seine Leistung als Mitglied der Gesellschaft, seine Leistungsfähigkeit zur Durchführung von Aufgaben/Handlungen oder seine Körperfunktionen und –strukturen positiv oder negativ beeinflussen. (Vgl. ebd, 2005, S. 21f)

(4) **Personenbezogene Faktoren** wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung usw. beziehen sich auf die betrachtete Person. Diese Faktoren sind nicht in der ICF klassifiziert, können aber in deren Anwendung berücksichtigt werden. (Vgl. ebd, 2005, S. 146)

2.7.3 Unterschiede zwischen ICIDH und ICF

Zusammenfassend und für einen besseren Überblick sollen die Unterschiede der oben beschriebenen WHO Klassifikationen tabellarisch dargestellt werden:

	ICIDH	ICF
Konzept	Kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell	Krankheitsfolgenmodell	Bio- psycho- soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung	Defizitorientiert	Ressourcen- und defizitorientiert
Behinderung	Formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und	Formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter

	(sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und –strukturen; Störungsbegriff: Schädigung • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation (Teilhabe) Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation
Soziale Beeinträchtigung	Attribut einer Person	Partizipation und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren	Bleiben unberücksichtigt	Integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
Personenbezogene Faktoren	Werden höchstens implizit berücksichtigt	Werden explizit erwähnt aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich	Nur im gesundheitlichen Kontext	

Tabelle 1: Unterschiede zwischen ICIDH und ICF

(Tabelle modifiziert übernommen aus: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, 2005, S. 5)

2.8 Körperbehinderung

Da es in dieser Arbeit nicht um Behinderungen im Allgemeinen, sondern ausschließlich um körperliche Beeinträchtigung geht, wird im Folgenden der Begriff dahingehend eingeschränkt sowie ein Überblick über die Anzahl der Betroffenen in Österreich gegeben.

2.8.1 Definition

Körperbehinderung kann folgendermaßen definiert werden: „*Körperbehinderung ist ein Sammelbegriff für die vielfältigen Erscheinungsformen und Schweregrade körperlicher Beeinträchtigungen, die sich aus Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates und aus anderen inneren oder äußeren Schädigungen des Körpers und seiner Funktionen ergeben.*“ (Stadler, 1998, S. 11)

2.8.2 Formen und Ursachen von Körperbehinderung

Je nach Art der körperlichen Behinderung kann zwischen unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ursachen differenziert werden. In der nachstehenden tabellarischen Darstellung wird nach folgenden Schädigungen unterschieden:

- Schädigung von Gehirn und Rückenmark
- Schädigung von Muskulatur und Knochengerüst
- Schädigung durch chronische Krankheit oder Fehlfunktion von Organen

SCHÄDIGUNG VON GEHIRN UND RÜCKENMARK		
Klassifikation	Erscheinungsform	Ursachen
Infantile Cerebralparesen	Allgemein gekennzeichnet durch abnorme Muskelspannung und gestörte Koordination von Bewegungsabläufen sowie veränderter Ausdrucksbewegungen. <u>Spastische Paresen:</u> Erhöhter Muskeltonus („Krampfhlähmung“), veränderte Haltungs- und Bewegungsmuster, eingeschränkter Bewegungsradius <u>Athetotische Syndrome:</u> Schwankender Muskeltonus, unwillkürlich ausfahrende	Prä-, peri- oder postnatale Schädigungen des unreifen Gehirns

	<p>und ruckartige Bewegungen, Haltungsanomalien</p> <p><u>Ataktische Syndrome:</u> Niedrige Muskelspannung, mangelnde Bewegungssteuerung: Unsicherheiten in Bewegungsausmaß und – richtung, gestörte Gleichgewichtsreaktionen</p> <p>Nach den betroffenen Körperteilen wird unterschieden zwischen Tetra-, Di-, Para- und Hemiplegien³</p> <p>Cerebrale Bewegungsstörungen sind häufig mit Sprachstörungen, sensorischen Behinderungen und Anfallsleiden verbunden.</p>	
Schädel- Hirn- Trauma	Verschiedene vegetative, sensible, perzeptive, motorische und sprachliche Störungen sowie Anfallsleiden.	Unfall, Hirntumoren, Hirnblutung
Cerebrale Anfallsleiden	Anfallsartige Störungen der Hirntätigkeit durch elektrische Entladungen	Störungen der Hirnentwicklung, Hirnschädigung infolge Geburtskomplikationen, entzündliche Hirnerkrankungen, Hirntumoren, Unfallverletzungen
Parkinson Erkrankung	<p>Erkrankungsbeginn ab 40.- 60. Lebensjahr</p> <p>Schüttellähmung mit Bewegungsarmut, Maskengesicht,</p>	Störung des Dopaminhaushaltes

³ Tetraplegien: alle vier Extremitäten (Arme, Beine) sowie Rumpf, Hals und Kopf

Diplegien: alle vier Extremitäten mit stärkerer Beteiligung des Beckengürtels und der Beine

Paraplegien: Lähmung der Beine ohne nennenswerte Armbeteiligung

Hemiplegien: eine Körperseite

	Beugehaltung des Rumpfes und der Glieder, kleinschrittiger Gang, Tremor der Hände und des Kopfes, monotone Sprache	
Multiple Sklerose (MS)	<p>Unterschiedliche Symptome, je nach den Orten, die im Gehirn und Rückenmark betroffen sind:</p> <p>Visuelle Störungen: Verlust der Sehschärfe und Lähmungen der Augenmuskeln</p> <p>Bei betroffenem Hirnstamm: Trigeminalneuralgie (Schmerzattacken im Gesicht), Facialisparese (Gesichtsnervenlähmung)</p> <p>Bei betroffenem Kleinhirn: Koordinationsstörungen, Tremor, usw.</p> <p>Bei Befall des Rückenmarks sensible Störungen und schlaffe oder spastische Lähmungen</p> <p>Erkrankungsalter am häufigsten zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr</p>	Nicht geklärte entzündliche Erkrankung, die die Myelinschicht des Rückenmarks und des Gehirns angreift und in vernarbtes Bindegewebe umbaut. Folge ist eine Störung der neuronalen Leitung. Ursächlich vermutet werden neben einem infektiösen Auslöser auch eine Autoimmunreaktion.
Poliomyelitis anterior (Spinale „Kinderlähmung“)	Schlaffe Lähmungen verschiedenen Ausmaßes ohne Sensibilitätsstörungen	Das Poliovirus befällt vornehmlich die Vorderhornzellen des Rückenmarks von Kindern im 2.- 10. Lebensjahr
Querschnittslähmung angeboren	Motorische und sensible Lähmung der Beine sowie Blasen- und Mastdarmstörungen	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, mangelhafter Verschluss des Rückenmarkskanals; Ursache unklar
Querschnittslähmung erworben	Je nach Ort und Ausmaß der Rückenmarksschädigung kommt es zu motorischen Ausfällen in den entsprechenden Körperregionen sowie zu	Unfallverletzungen, entzündliche Erkrankungen und Tumoren

	<p>Störungen des Urogenitaltraktes und des Mastdarms.</p> <p>Nach den betroffenen Körperteilen wird unterschieden zwischen Tetra-, Di- bzw. Paraplegien</p>	
SCHÄDIGUNG VON MUSKULATUR UND KNOCHENGERÜST		
Klassifikation	Erscheinungsformen	Ursachen
Progressive Muskeldystrophien	Verschiedene Formen unterschiedlich fortschreitenden Muskelschwundes. Durch den Abbau des Muskelgewebes kommt es zu progredienten Funktionsausfällen.	Genetisch bedingt
Dysmelie	Missbildung der Gliedmaßen. Von Teilfehlbildung bis zum völligen Fehlen von Extremitäten	U.a. toxisch- medikamentöse Einwirkungen („Contergan“), Genmutationen, Strahleneinwirkungen
Amputation	Teilweise oder vollständige Gliedmaßenabtrennung	Nach schweren Verletzungen, Gefäßleiden, bösartigen Tumoren etc.
Schädigungen des Skelettsystems	z.B. Osteogenesis imperfecta („Glasknochen“): abnorme Knochenbrüchigkeit und Extremitätenverbiegungen	Genetisch bedingt
Fehlstellungen der Wirbelsäule	<p>Skoliose: seitliche Verbiegung</p> <p>Kyphose: Verkrümmung nach hinten</p> <p>Lordose: Verkrümmung nach vorne</p>	z. T. erblich, angeboren, Sekundärfolgen bei cerebralen Lähmungen, Querschnittlähmungen, Muskelschwund, Beckenschiefstand, Haltungsschäden
Kleinwüchsigkeit	Stillstand des Längenwachstums unter 150 cm	Verschieden, genetisch, hormonell

SCHÄDIGUNG DURCH CHRONISCHE KRANKHEIT ODER FEHLFUNKTION VON ORGANEN		
Klassifikation	Erscheinungsform	Ursachen
Körperliche Schädigungen als Primär- und Sekundärfolge chronischer Erkrankungen, der Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut	z.B. Rheumatische Erkrankungen (verschiedene schmerzhaft, Bewegung und Allgemeinbefinden beeinträchtigende Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder)	Verschieden
	z.B. Mukoviszidose/ zystische Fibrose: Erkrankung aller Schleimdrüsen	Angeboren
	z.B. Fehlbildungen des Herzens und Herzkrankheiten	Angeboren, erworben
	z.B. chronische Nierenleiden	Angeborene Fehlbildung oder erworbene Schädigung

Tabelle 2: Formen und Ursachen von Körperbehinderung

(Tabelle modifiziert übernommen aus: Leyendecker, 2005, S.90- 93)

2.8.3 Anzahl der Menschen mit körperlicher Behinderung in Österreich

2006 führte die Statistik Austria im Auftrag der EU (Europäische Union) und des BMSK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) eine „Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen“, auch EU- SILC (EU- Statistics on Income and Living Conditions) genannt, durch. Dabei wurden zirka 6.000 Haushalte mit ungefähr 15.000 Personen befragt.

Laut dieser Erhebung haben rund eine Million Österreicher/innen, das sind ca. 13% der Bevölkerung, ein dauerhaftes Mobilitätsproblem, wobei davon etwa 50 000 Personen an einen Rollstuhl angewiesen sind. Mehr als 90% der Rollstuhlbenutzer verwenden einen manuell betriebenen Rollstuhl.

Im höheren Alter treten dauerhafte Beeinträchtigungen am häufigsten auf. 34,8% der Frauen und 30,2% der Männer über 60 Jahren haben Probleme mit der Beweglichkeit.

Ungefähr sieben Prozent (580 000 Personen) der Bevölkerung sind mehrfach dauerhaft beeinträchtigt. (Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008 ,S. 16- 19)

„Mehrfach beeinträchtigte Personen mit dauerhaften Mobilitätsproblemen haben auch Probleme beim Sehen, beim Hören (jeweils zu 77,7%), Probleme beim Sprechen (zu 78,3%) und andere dauerhafte Beeinträchtigungen (wie z.B. chronische Erkrankungen oder Schmerzen) (zu 46,6%)“ (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S. 19).

Der Bedarf an barrierefreien Produkten und Dienstleistungen wird auch im Hinblick auf die steigende Zahl an älteren Personen in der Bevölkerung kontinuierlich steigen. Mit dem wachsenden Anteil von älteren Menschen, steigt ebenso die Zahl der Reisenden mit Mobilitäts- oder anderen Problemen. (Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2009, S. 2)

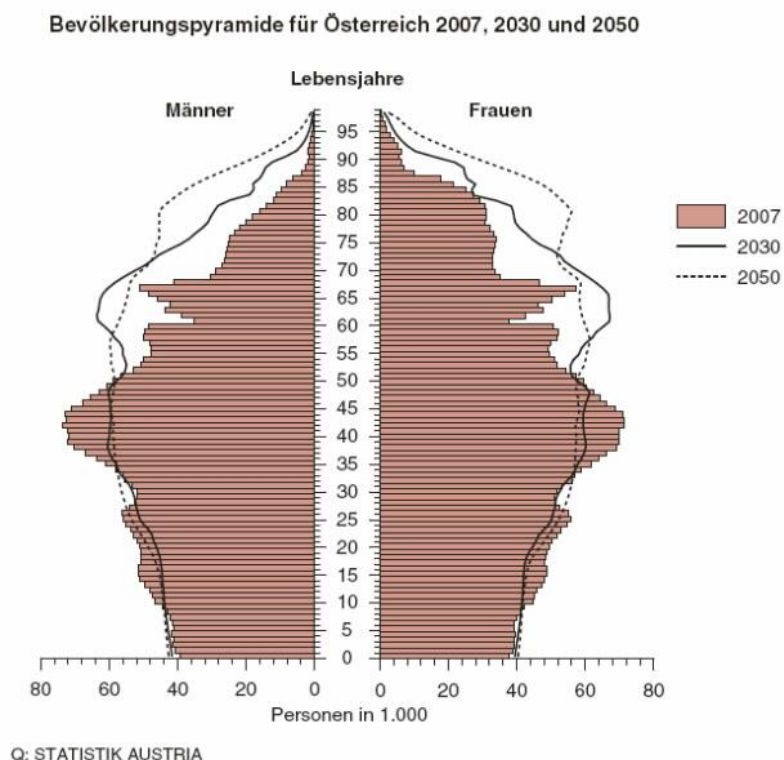


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2007, 2030 und 2050

2.9 Kontakt als Integrationsmöglichkeit für Menschen mit Behinderung

Im Folgenden wird auf die Faktoren, welche die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung beeinflussen, eingegangen. Es soll dabei aufgezeigt werden, wie sich Kontakt auf die Einstellung von Nichtbehinderten zu Menschen mit Handicap auswirkt.

2.9.1 Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung

Einstellungen sind im Prinzip mit Werten gleichzusetzen. Sie beziehen sich jedoch auf konkrete soziale Objekte, während Werte symbolische oder abstrakte Konzepte sind. Somit steht beispielsweise die Einstellung gegenüber Menschen mit körperlicher Behinderung in Abhängigkeit zur Werthaltung des Einstellungsträgers in Bezug auf die abstrakten Konzepte Gesundheit oder körperliche Integrität. Als Vorurteile werden jene extrem starren, irrationalen und negativen Einstellungen bezeichnet, die sich weitgehend einer Beeinflussung widersetzen. (Vgl. Cloerkes, 2007, S. 103f)

Einstellungstheoretiker unterscheiden zwischen drei Komponenten einer Einstellung. Die kognitive Komponente (Wissenskomponente) bezieht sich auf die spezifische Wahrnehmungsweise des Einstellungsobjektes. Hierbei geht es um Vorstellungen, Überzeugungen sowie bewertende Urteile gegenüber dem Einstellungsobjekt. Die affektive Komponente (Gefühlskomponente) bezieht sich auf emotionale Aspekte, also um positive oder negative Gefühle und subjektive Bewertungen gegenüber dem Einstellungsobjekt. Als konative Komponente (Handlungskomponente) wird jene bezeichnet, die sich mit Verhaltensintentionen oder Handlungstendenzen eines Individuums gegenüber dem Einstellungsobjekt befasst. (Vgl. Cloerkes, 2007, S.104)

Die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung hängt unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- Art der Behinderung: Hierbei zählen vor allem das Ausmaß der Sichtbarkeit und der Beeinträchtigung gesellschaftlich hochbewerteter Funktionsleistungen wie beispielsweise Mobilität, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit etc.

- Sozio- ökonomische bzw. demographische Merkmale der Einstellungsträger: Der Einfluss dieser Merkmale ist vergleichsweise gering. Es gibt nur bei den Variablen Geschlechtszugehörigkeit und Lebensalter nennenswerte Zusammenhänge. Männer und ältere Personen sind etwas negativer eingestellt als Frauen und jüngere Personen.
- Kontakt mit behinderten Menschen: Dieser Faktor beeinflusst die Einstellung nicht zwangsläufig positiv. (Vgl. Cloerkes, 2007, S. 104f)

2.9.2 Kontakt zu Menschen mit Behinderung

Viele Fachleute betrachten den direkten Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Behinderung als wichtigste Determinante für die Qualität der Einstellungen Nichtbehinderter (vgl. Cloerkes, 1982a; 1986; Wright, 1983, 470ff, zit. nach Cloerkes, 2007, S. 145).

Beim Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Behinderung kommt es jedoch nicht auf die Häufigkeit, sondern auf die Intensität an. Enge, intime Beziehungen können sich aber nur positiv auf die Einstellung gegenüber behinderten Menschen auswirken, wenn diese freiwillig sind. Hierbei haben die »Freude am Kontakt« und »positive Gefühle« einen entscheidenden Einfluss. Als weitere günstige Bedingungen werden die relative Statusgleichheit, die Erwartung aus der sozialen Beziehung eine gewisse Belohnung zu erhalten sowie die Verfolgung gemeinsamer bedeutungsvoller Aufgaben und Ziele genannt.

Zu beachten ist jedoch, dass sowohl primäre positive als auch primäre negative Einstellungen dazu tendieren, sich bei engem Kontakt zum Extremen hin zu verstärken. (Vgl. Cloerkes, 2007, S. 147)

3 Freizeit und Tourismus- Allgemein

Dieser allgemeine Teil über Freizeit und Tourismus soll als Grundlage zu einem besseren Verständnis für spezielle Anforderungen und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung dienen. Für einen umfassenderen Einblick in das Thema Reisen und vor allem Reisen für Menschen mit Beeinträchtigung soll ebenso der allgemeingültige Reiseentscheidungsprozess sowie die dahinterstehenden Modelle und Theorien kurz beschrieben werden.

3.1 Etymologie und Definition

Zu Beginn wird die Wortherkunft beschrieben, sowie eine Begriffsbeschreibung vorgenommen.

3.1.1 Freizeit

Das Wort Freizeit kommt aus dem spätmittelalterlichen Rechtsbegriff »freye-zeyt« und »frey-zeit« und bedeutete Marktfriedenszeit (vgl. Markowetz, 2007, S. 308, zit. nach Opaschowski, 1977, S. 21ff).

Eine sinnvolle Abwechslung von Arbeit und Ruhe, Betätigung und Freizeit forderte auch Comenius in der »didacta magna« ein. Der Begriff Freizeit war eng mit Freiheit verbunden. So benutzte Rousseau, 1760, in seiner erziehungswissenschaftlichen Schrift den Begriff „Zeit der Freiheit“. Freiheit durfte nach Kant nur in der arbeitsfreien Zeit verwirklicht werden, wobei er darunter die musische Betätigung und geistige Bildung verstand. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 309)

Das Verständnis von Freizeit hat sich grundlegend gewandelt. Während der Begriff Freizeit früher als arbeitsabhängiger Zeitbegriff verstanden, also als Abwesenheit von Arbeit definiert wurde, hat sich heute ein positives Verständnis des Freizeitbegriffs entwickelt. Für etwa 70 Prozent der Bevölkerung ist Freizeit vor allem eine Zeit, „in der man tun und lassen kann, was einem Spaß und Freude macht“. (Vgl. Opaschowski, 2006, S.35)

Die gesamte Lebenszeit lässt sich als Einheit von drei Zeitabschnitten kennzeichnen:

1. Die frei verfügbare, einteilbare und selbstbestimmbare Dispositionszeit (= die „freie Zeit“. Das Hauptkennzeichen ist die Selbstbestimmung.).⁴
2. Die verpflichtende, bindende und verbindliche Obligationszeit (= die „gebundene Zeit“. Das Hauptkennzeichen ist die Zweckbestimmung.).⁵
3. Die festgelegte, fremdbestimmte und abhängige Determinationszeit (= die „abhängige Zeit“. Das Hauptkennzeichen ist die Fremdbestimmung.).⁶ (Vgl. *Opaschowski, 1996, S. 86*)

3.1.2 Tourismus

Der Wortursprung von „Tourismus“ kommt aus dem griechischen *tornos* und bedeutet soviel wie „*zirkelähnliches Werkzeug*“. Über das lateinische Wort *tornare* und das französische Wort *tour* gelangte es schließlich ins Englische und Deutsche. Lexer und Kralik (1935, S. 915; Hervorh. u. Kleinschr. i. Orig.) beschrieben den „*begriff der rundung, der zum ausgangspunkt zurückkehrenden wendung*“. Eine Tour ist somit eine Reise weg vom normalen Wohnort hin zu einem anderen Ort, an dem man für eine Zeit verweilt und schließlich wieder zum Ausgangspunkt zurückkehrt. (Vgl. *Mundt, 2001, S. 1f*)

Der Oberbegriff Tourismus umfasst jede Art von Reise, die einen zeitweisen Aufenthalt an einem anderen Ort als den Wohnort und die Rückreise mit einschließt. Sie ist darüber hinaus unabhängig von Ziel und Zweck. Dazu gehören unter anderem auch Geschäftsreisen, Besuch bei Freunden und Verwandten, Urlaub auf einer einsamen Insel und der Besuch einer abendlichen Kulturveranstaltung in einer weit vom Wohnort entfernten Stadt, die eine Übernachtung einschließt. (Vgl. *Mundt, 2001, S. 3*)

⁴ Z.B.: Urlaub

⁵ Z.B.: Essen

⁶ Z.B.: Arbeit

3.2 Urlaubsreisen

Laut Mundt und Lohmann, 1988, ist Urlaub *„die Erlaubnis, ohne das Arbeitsverhältnis damit zu beenden, für eine Zeit die Dienstaufgaben niederzulegen“*. Dabei spielt es keine Rolle, ob jemand während dieser Zeit wegfährt oder am Wohnort bleibt. Davon zu unterscheiden ist die Urlaubsreise, welche in längere Urlaubsreisen (privat veranlasste Reisen mit einer Dauer von mindestens fünf Tagen bzw. vier Übernachtungen) und Kurzurlaubsreisen (private Reisen, die mindestens zwei und maximal vier Tage bzw. eine bis drei Übernachtungen dauern) unterteilt werden. (Vgl. Mundt und Lohmann, 1988, zit. in Mundt, 2001, S. 10f)

Da Urlaubsreisen eine große Bedeutung für einen großen Teil der Bevölkerung in wirtschaftlich entwickelten Ländern haben, kommt diesem Teilbereich des Tourismus die größte Aufmerksamkeit zu. Aus diesem Grund wird der Markt für Urlaubsreisen durch die Medien (Radio, Fernsehen, Zeitungen, Zeitschriften) stark beachtet. (Vgl. Mundt, 2001, S. 10f)

3.3 Reiseentscheidung

Informationen sind die Grundlage auf der Entscheidungen getroffen werden. Die Schwierigkeit der Analyse der touristischen Entscheidungsprozesse kommt daher, dass diese sich nicht beobachten lassen und ebenso dem Reisenden oftmals nicht bewusst sind, sondern nur die Einflussgrößen und das Ergebnis feststellbar sind.

Aufgrund von soziologischen und psychologischen Untersuchungen lassen sich einige allgemeine Aussagen über den Informations- und Entscheidungsprozess von vor allem Urlaubsreisenden machen.

3.3.1 Informationsprozess

Folgende Informationsquellen spielen bei der Reiseentscheidung eine Rolle⁷:

- Die eigene Erfahrung (38%) hat zusammen mit den Erfahrungen von Bekannten und Verwandten (42%) den größten Einfluss.

⁷ Aufgrund von Mehrfachnennungen ist die Prozentzahl >100%

- Prospekte über Urlaubsregionen und Reiseangebote (52%)
- Einfluss von verschiedenen Medien, wie Fernsehen, Rundfunk, Presse und Magazinen (22%) (Vgl. Freyer, 2006, S.100)

3.3.2 Entscheidungsphase

Wann, Wie, Wie- lange und Wohin eine Reise gehen soll stellen die entscheidenden W- Fragen dar. Dabei gibt es Wahlmöglichkeiten in Bezug auf folgende Elemente:

- Reisezeitpunkt
- Reisedauer
- Reisegebiet
- Reisegestaltung (individual/ pauschal)
- Reiseverkehrsmittel
- Kosten der Reise
- Reisekomfort
- Art der Unterkunft
- Nebenleistungen und –ausgaben

Gewöhnlich dauert der Prozess der Reiseentscheidung mehrere Monate. Selten gibt es Spontanentscheidungen, bei denen sich Reisende kurzfristig für eine Reise entscheiden. Davon zu unterscheiden sind jene Reisende die ein Jahr oder länger für die Planung benötigen und die verschiedenen Möglichkeiten gegeneinander abwägen. Darüber hinaus gibt es die Gruppe der „Gewohnheitsurlauber“, die jedes Jahr zur gleichen Zeit am selben Ort ihren Urlaub verbringen.

3.3.3 Modelle und Theorien

Verschiedene Ansätze und Modelle versuchen die ökonomische Entscheidungsanalyse auf den Prozess der touristischen Entscheidung zu übertragen.

Reiseentscheidung als dynamischer Prozess: AIDA- Modell

Reiseentscheidungen werden diesem Modell zufolge als ein Entscheidungsprozess angesehen, wobei dieser über einen längeren Zeitraum und mit zunehmender Konkretisierung verläuft.

Attention: In der ersten Phase wird auf einen Urlaubsort (-gebiet, -land) aufmerksam gemacht. Dies kann durch Bekannte, Verwandte, Berichte in Medien oder durch Werbeanzeigen geschehen. Hier werden von Seiten der Anbieter generelle Informationen gegeben.

Interest + Desire: In der Phase der Bekräftigung, der bewussten Orientierung und der Information ist das Interesse bereits geweckt. Dabei werden mehr oder weniger systematisch Informationen über die Urlaubsmöglichkeit eingeholt. Anbieter geben hier gezielte Informationen weiter (Orts- und Reiseprospekte, Antworten auf konkrete Fragen).

Action: In der letzten Phase fällt die eigentliche Reiseentscheidung. Hier werden konkrete Maßnahmen der Urlaubsbuchung (wie zum Beispiel Festlegung des Reisezeitpunktes, Hotelreservierung etc.) vorgenommen. (Vgl. Freyer, 2001, S. 83-88)

Die Abfolge der einzelnen Stufen der AIDA Formel verläuft hierarchisch. Zu einer höheren Stufe der Werbewirkung kann erst übergegangen werden, wenn die niedrigere erreicht wurde. (Vgl. Bruhn, 2007, S. 207)

Reiseentscheidung als (hierarchischer) Stufenprozess

Bei diesem Modell handelt es sich um einen mehrstufigen Entscheidungsprozess, in dem der Fokus auf der Komplexität und der unterschiedlichen Bedeutung der Teilentscheidungen liegt. Es wird davon ausgegangen, dass jedem Reiseaspekt (wie beispielsweise Zieldestination, Art der Unterkunft, Reisekosten etc.) eine unterschiedliche, individuelle Gewichtung beigemessen wird.

Verhaltenswissenschaftliche Modelle der Reiseentscheidung

Verhaltenswissenschaftlich Modelle der Reiseentscheidung unterscheiden zwischen sogenannten Black- Box- Modellen und Strukturansätzen:

a) Black- Box- Modelle (S- R- Ansatz):

Das menschliche Verhalten ist in diesem Modell als Reaktion (R) auf beobachtbare Stimuli (S) zu verstehen. Da es nicht möglich ist die psychischen Prozesse zu messen, fließen sie als sogenannte Black box nicht in die Untersuchung ein. Vorgänge in dieser Black box finden als Zufallskomponenten Berücksichtigung.

b) Strukturansätze (S- O- R- Modelle):

In den Strukturmodellen spielt auch der Organismus (O) eine Rolle. Hier wird versucht, die Black box zu strukturieren und es kommt zur Untersuchung von Vorgängen im „Organismus- Mensch“, welche nicht beobachtbar sind. Beeinflusst werden die verschiedenen Modelle durch unterschiedliche Menschenbilder und psychologische Interpretationen des menschlichen Verhaltens. Es kommt zur Aufstellung und Untersuchung von Hypothesen über aktivierende und kognitive Komponenten. Zu den aktivierenden Komponenten zählen Motive, Emotionen, Einstellungen/ Präferenzen während die kognitiven Komponenten Wahrnehmung, Denken, Lernen etc. beinhalten.

Ziel der Ansätze ist entweder die „totale Erhellung“ der Black box oder nur Teile davon. Diese sogenannten Partialansätze untersuchen nur Teilaspekte des Entscheidungsprozesses, wie beispielsweise Motivations- und Einstellungsanalysen. (Vgl. Freyer, 2001, S. 83-88)

4 Freizeit und Tourismus für Menschen mit körperlicher Behinderung

In diesem Kapitel werden die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit körperlicher Behinderung im Zusammenhang mit Reisen aufgezeigt. Hier spielt die touristische Servicekette, die von der Information und Planung bis zur Erinnerung (mit dem Ziel der Kundenbindung) reicht, eine zentrale Rolle. Ebenso wird auf die Probleme, die während einer Urlaubsreise auftreten können, auf die unterschiedlichen Facetten von Barrierefreiheit sowie auf das Urlaubsreiseverhalten von körperbehinderten Personen (im Gegensatz zu nicht- behinderten Menschen) eingegangen.

4.1 Freizeit

In der heutigen Gesellschaft ist Freizeit sowohl für Menschen mit als auch ohne Behinderung quantitativ wie qualitativ zu einem sehr bedeutsamen Lebensbereich geworden. Dennoch werden die Bedürfnisse und Ansprüche von Menschen mit Beeinträchtigungen immer noch unterschätzt. Nach Cloerkes ist der Lebensbereich Freizeit ein zentrales Arbeitsfeld der Behindertensoziologie, denn mehr als andere bietet er die Chance der Überwindung von Ausgrenzungen und Vorantreiben praktischer Interessen der betroffenen Bevölkerungsgruppe. (*Vgl. Cloerkes/ Felkendorff, 2007, S. 75*)

Bereits 1976 stellte Opaschowski fest, dass im Bereich Freizeit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen benachteiligt sind. Sie können wegen ihrer ökonomischen und/oder sozialen Benachteiligung kaum oder gar nicht an den individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten teilnehmen. (*Vgl. Markowetz, 2007, S. 311. Zitiert nach Opaschowski, 1976, S. 130*)

Nach Opaschowski, gibt es acht Freizeitbedürfnisse, welche unterschiedlich ausgeprägt auf alle Menschen zutreffen. Dabei stellen die ersten vier individuumorientierte und die letzten vier gesellschaftsorientierte Bedürfnisse dar. Für Menschen mit Behinderung gibt es mögliche Einschränkungen und

Benachteiligungen in Bezug auf diese acht Freizeitbedürfnisse. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 312. zit. nach Opaschowski, 1990, S. 92- 95)

Bedürfnis nach...	Benachteiligungen für Menschen mit Behinderung
<p>1. Rekreation</p> <p>...Erholung, Ruhe, Wohlbefinden, angenehmem Körpergefühl und sexueller Befriedigung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeit von anderen Menschen (z.B.: Körperpflege) - Ausleben sexueller Bedürfnisse
<p>2. Kompensation</p> <p>...Ausgleich, Ablenkung und Vergnügen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mangelnde Mobilität durch nicht behindertengerechte Umwelt - ungenügende Freizeitangebote
<p>3. Edukation</p> <p>...Kennen lernen, Weiter- und Umlernen in verschiedenen sachlichen und sozialen Handlungsebenen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe Auswahl an Bildungseinrichtungen - Eingeschränkte Berufswahl
<p>4. Kontemplation</p> <p>...Selbsterfahrung und Selbstfindung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abhängigkeit von meist zugeteilten Pflegepersonen, Bevormundung - Isolation von Menschen mit Behinderungen unter »ihresgleichen«
<p>5. Kommunikation</p> <p>...Mitteilung, vielfältigen sozialen Beziehungen, Geselligkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rückgang des Kommunikationsbedürfnisses durch Frustration und »unverstanden fühlen« - Eingeschränkte Erreichbarkeit und Auswahl von Kommunikationspartnern
<p>6. Integration</p> <p>...Zusammensein, Gemeinschaftsbezug und sozialer Stabilität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wechsel der Bezugspersonen oder Bezugsgruppen ohne Berücksichtigung der persönlichen Interessen - Diskriminierung und Isolierung in der Gesellschaft
<p>7. Partizipation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fremdbestimmung durch andere

...Beteiligung, Mitbestimmung und Engagement	Personen und Institutionen - Entscheidungen werden von Stellvertretern getroffen
8. Enkulturation ...Kreativer Entfaltung, produktiver Betätigung und Teilnahme am kulturellen Leben	- Möglichkeiten kreativer und produktiver Freizeitgestaltung müssen erst geschaffen werden - Kulturelle Angebote sind häufig nicht behindertengerecht und nur schwer erreichbar

Tabelle 3: Freizeitbedürfnisse nach Opaschowski

(Tabelle modifiziert übernommen aus: Markowetz, 2007, S. 313)

Nach Kerkhoff (1982a, 4ff) gibt es einige allgemeine Erschwernisse, die sich für Menschen mit Behinderung in der Freizeit in unterschiedlicher Ausprägung und Wirkung ergeben können:

- Unmittelbare Folgen der Schädigung wie zum Beispiel fehlende Mobilität.
- Zeitliche Ausdehnung der alltäglichen Versorgungs-, Hygiene- und Gesundheitsmaßnahmen. Es wird beispielsweise mehr Zeit und Aufwand für die Körperpflege oder Essen benötigt.
- Familiäre Bindung. Beispielsweise kann Überbehütung zu überstarken Gefühlsbindungen oder geringen Verselbstständigungsmöglichkeiten führen.
- Rehabilitationsübermaß. Rehabilitationsmaßnahmen sind zwar unter anderem für die Integration des behinderten Menschen wichtig. Jedoch besteht die Gefahr, dass damit der Freizeitsektor völlig ausgefüllt wird.
- Starke Kompensations- und Regenerationswünsche infolge Überbeanspruchung durch Arbeit beispielsweise wegen eines schlechten Gesundheitszustandes oder durch geringe körperliche Belastbarkeit.
- Fehlen von Kontaktstellen für Menschen mit Behinderung bzw. für Menschen mit und ohne Behinderung

- Unzugänglichkeit öffentlicher Verkehrsmittel und Freizeiteinrichtungen.

Beim Freizeitverhalten von Menschen mit Behinderung spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle. Dazu zählen unter anderem: Art und Schweregrad der Behinderung, Zeitpunkt des Erwerbs der Behinderung, Schulbildung, Berufsausbildung und -tätigkeit, sozioökonomische Verhältnisse der Ursprungsfamilie, soziales Netzwerk, subjektiv erlebte soziale Vorurteile und Stigmatisierungen. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 315ff)

Die Freizeit lässt sich weiters in sechs Lebensbereiche, die fließend ineinander übergehen und sich wechselseitig bedingen, unterteilen. Einer dieser Lebensbereiche umfasst das Reisen, Urlaub und Tourismus für Menschen mit Behinderung. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 325)

4.2 Reisen, Urlaub und Tourismus für Menschen mit Behinderung

Da die meisten Menschen im Urlaub viel offener für Neues sind als im Alltag, spielt der Tourismus für die Integration von Menschen mit Behinderung eine wichtige Rolle. Dabei können Kontakte geknüpft werden und Freundschaften entstehen, welche die Zeit des Urlaubs überdauern. Dies führt dazu, dass Vorurteile abgebaut werden. (Vgl. Raith, 2002, S.263f)

Reisen und Urlaube stellen somit für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben eine wichtige Rolle dar.

4.2.1 „Reiseaktivwerden“

Für eine umfassende Kenntnis der Zielgruppe „Menschen mit körperlicher Behinderung“, ist es wichtig zu wissen, welche Phasen die Betroffenen bis zu ihrem Reiseaktivwerden durchlaufen müssen. Dies soll zu einem Verständnis beitragen, wann Reisen für körperbehinderte Personen überhaupt zum Thema werden kann.

Yau et al., 2004, erwähnen in ihrer Studie fünf Phasen des Reiseaktivwerdens:

1. Persönliche Phase- Akzeptanz und Wiedereingliederung

Um ein aktives Mitglied der Familie und Gesellschaft zu werden, ist es bedeutsam die Behinderung zu akzeptieren. Dies ist wichtig, um Tourismus überhaupt als hypothetische Möglichkeit zu sehen. Menschen, die ihre Behinderung nicht akzeptieren, tendieren dazu, öffentliche Plätze und in weiterer Konsequenz Reisen zu meiden. Während des Rehabilitationsprozesses steht meist nicht das Reisen im Vordergrund, sondern der Aspekt, sich um sich selbst zu kümmern. Die persönliche Akzeptanz wird durch die Empathie und Unterstützung innerhalb einer bestehenden Familienbande beeinflusst.

2. Wiederverbindungsphase- Erkundigung für zukünftige Reisen

In dieser Phase wird begonnen, sich vollständig in das gesellschaftliche Leben zu etablieren. Die Wiederverbindung kann eine Phase sein, in der sich der/die Betroffene selbst kennenlernt, selbst „ermächtigt“ und wächst. Tourismus spielt hier noch kaum eine Rolle. Vielmehr geht es darum, ein selbstständiges Leben zu führen. Manche beginnen in dieser Phase wieder zu reisen, aber vor allem für jene mit erworbener Behinderung sind die Versuche zögernd.

3. Reiseanalysephase- Suche nach Informationen

Hier wandelt sich das abstrakte Tourismuskonzept hin zur konkreten Problemlösung um eine sichere und angenehme Erfahrung sicherzustellen. In dieser Phase muss der/die Betroffene zahlreiche Probleme beachten und beseitigen. Manche lassen sich dadurch entmutigen und geben auf. Oft wird eine detaillierte Vorausplanung gefordert, um potentielle Probleme, wie zum Beispiel Zugänglichkeit, zu verringern.

4. Physische Reisephase- Kompensation und Kompromiss

Menschen mit Handicap müssen viele Kompromisse eingehen und zahlreiche ausgleichende Strategien entwickeln, um ihre Erlebnisse zu bewältigen. Dies

betrifft beispielsweise Hotels, die aufgrund von Barrieren nicht gebucht werden können oder Sehenswürdigkeiten, die nicht besucht werden können etc.

5. Experimentieren und Reflexionsphase- Unterschiedliche Reiseerlebnisse

Eine Person wird dann wieder motiviert eine Reise zu unternehmen, wenn sie zuvor bereits positive Erfahrungen gemacht hat. Wenn das Reiseerlebnis jedoch negativ war, kann dies dementsprechend zukünftige Aktivitäten beeinflussen. Personen mit mehr touristischen Erfahrungen lernen adäquate Strategien um ihr Reisevergnügen zu maximieren. (Vgl. Yau et al, 2004, S.950- 957)

4.2.2 Anforderungen an touristische Angebote

Die Grundanforderungen an Tourismusangebote von Menschen mit und ohne Behinderung sind ident. Sie lassen sich in einer zeitlich- räumlichen Gesamtkonzeption in drei Phasen unterteilen:

- Die erste Phase betrifft die Reisevorbereitung und die Entscheidung über das Reiseziel, sowie die Abklärung der Rahmenbedingungen und die konkrete Buchung.
- In der zweiten Phase geht es um die Erreichung des Reiseziels (inklusive Rückkehr)- Verkehrsmittel und Reiseinfrastruktur.
- Die dritte Phase befasst sich mit dem Aufenthalt vor Ort und der Einrichtung.

Speziell für Menschen mit Behinderung ist ein umfassendes Informationssystem vor Beginn der Reise, der An- und Abreise sowie des gesamten Aufenthalts von großer Bedeutung.

Anforderungen an ein attraktives Verkehrssystem sind vor allem die Zugänglichkeit, Bequemlichkeit, Sicherheit, Preisgestaltung, Qualität der angebotenen Dienstleistungen sowie der entsprechenden Reiseinfrastruktur.

Die Voraussetzungen für einen angenehmen Aufenthalt am Urlaubsort sollen das Tourismusangebot, sowie das weitere Umfeld vor Ort schaffen. Darüber hinaus ist es

erforderlich, dass sämtliche Einrichtungen (wie z.B. Gaststätten) in Bezug auf Lage, Erreichbarkeit, bauliche Gestaltung und Ausstattung die Bedürfnisse und Wünsche der Gäste erfüllen. Ebenso spielen das Qualitätsniveau im Bereich Service- und Dienstleistungen, sowie das Preis- Leistungs- Verhältnis eine entscheidende Rolle. (Vgl. Berdel/ Gödl/ Schoibl, 2003, S. 43ff)

1993 hat die Vollversammlung der Vereinten Nationen »22 UNO- Standardregeln über Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen« verabschiedet. Regel 11 lautet: *„Fremdenverkehrsämter, Reisebüros, Hotels und andere Einrichtungen, die mit der Organisation von Freizeit(angeboten) und Reisen befasst sind, sollten ihre Dienste auch behinderten Menschen anbieten und dabei deren besondere Bedürfnisse beachten. Eine geeignete Schulung sollte dieser Beratung vorausgehen.“* (Cloerkes, 2007, S. 76)

Laut dem Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008 weisen Menschen mit Behinderung folgende Reisemerkmale auf:

- Sie reisen häufig in Begleitung bzw. in Gruppen und
- meist in auslastungsschwachen Nebensaisonen.
- Sie geben überdurchschnittlich viel für ihre Reisen aus und
- haben eine besonders hohe Destinationstreue. (Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.266)

Neben großen Touristikunternehmen gibt es bereits Spezialanbieter, die auf die Interessen, Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit Behinderung eingehen. Sie bieten sowohl Gruppen- als auch Individualreisen mit den entsprechend wichtigen Hintergrundinformationen an. Oft stehen diese Spezialanbieter vor großen Problemen. Die Gründe dafür sind, dass der Verkauf und die Beratung für solche Angebote sehr beratungs- und zeitintensiv sind, bereits gebuchte Reisen oftmals behinderungs- bzw. krankheitsbedingt storniert werden und die Werbung hohe Kosten verursacht. Infolgedessen bieten manche Reiseveranstalter nur das

behindertengerechte Reisen, jedoch nicht die notwendigen persönlichen Hilfen für den einzelnen Reisenden, an. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 337)

4.3 Touristische Servicekette

In Bezug auf Reisewünsche, Ansprüche und Verhalten unterscheiden sich Menschen mit Behinderung nicht von jenen ohne Behinderung. Sie haben jedoch aufgrund spezifischer Bedürfnisse andere Anforderungen an eine Reise. Was für einen Touristen ohne Behinderung lediglich als komfortabel geschätzt wird, kann für Menschen mit Beeinträchtigung als Grundvoraussetzung für einen selbstbestimmten Urlaub gewertet werden. (Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2003, S. 47)

Nach dem ADAC (2003, S. 20-23) wird die touristische Servicekette als Ablauf einer Reise beschrieben. Sie umfasst alle Angebote und Dienstleistungen, die eine zentrale Bedeutung für den Urlaub haben. Die touristische Servicekette muss stets als Ganzes gesehen werden, da sie mit der Informationsbeschaffung beginnt und alle Aspekte bis zur Nachbetreuung der Urlaubsreise beinhaltet. (Vgl. Rannegger, 2006, S. 30)

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003, S.51f.) nennt vier zentrale Säulen für die Anforderungen an einen barrierefreien Urlaub, welche die gesamte touristische Servicekette umfassen:

1. Information: Bei der Reiseplanung und Reisedurchführung ist die Zugänglichkeit zu allen relevanten Informationen von Bedeutung. Sie sollen leicht auffindbar, geprüft und verlässlich sein und die gesamte Servicekette umfassen. Darüber hinaus sollen die Informationen sowie die Informationsstellen vor Ort barrierefrei zugänglich sein.
2. Service: Hierbei geht es um die Anerkennung von Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte touristische Zielgruppe.

3. Mobilität: Es soll die selbstbestimmte Bewegungsmöglichkeit am Urlaubsort sichergestellt sein, um unter anderem die Zugänglichkeit zu touristischen Angeboten möglich zu machen.
4. Erlebbarkeit: Ebenso hat die Erlebbarkeit des touristischen Angebotes am Urlaubsort eine große Bedeutung für Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die folgende Abbildung zeigt eine etwas detailliertere Darstellung der touristischen Servicekette:



Abbildung 2: Die touristische Servicekette

(©Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V. - NatKo)⁸

4.3.1 Informieren und Planen

„Damit die an die Urlaubszeit geknüpften Erwartungen, verbunden mit einem großen finanziellen Aufwand, auch zufriedengestellt werden können, muss die Urlaubsreise sorgfältig vorbereitet werden“ (Mallas et al, 2004, S.314).

⁸ http://www.natko.de/uploads/images/touristische_servicekette.gif (30.01.2010)

Nach dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003, S. 23) beeinflusst die Organisation einer Reise über 70% der Personen mit Mobilitätseinschränkungen zentral bei der Wahl des Reiseziels.

Wie bereits erwähnt, ist für Menschen mit Behinderung besonders die Reiseplanung von Bedeutung. Dabei spielen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen und Angaben eine Rolle. (Vgl. Berdel/ Gödl/ Schoibl, 2003, S.54f) Oft stimmen jedoch die Informationen der Tourismusanbieter nicht mit der Realität überein (vgl. Mallas et al, 2004, S.314).

4.3.2 An- und Abreise

Für dreiviertel der Reisenden mit Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen ist für die Wahl des Reiseziels eine barrierefreie An- und Abreise bedeutend. 52% fühlen sich aber in diesem Bereich beeinträchtigt. (Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2003, S. 24)

4.3.3 Orientieren

Dies stellt jene Phase dar, in der Touristen am Urlaubsort ankommen und sich auf den Weg zur Unterkunft machen. Fehlende, ungenaue oder falsche Vorabinformationen können hier zu Problemen führen. (Vgl. Rannegger, 2006, S. 44. zit. nach ADAC, 2003, S. 40f)

4.3.4 Unterkunft

Als wichtigstes Entscheidungskriterium für die Wahl des Reiseziels nennt das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003, S. 25f) die Unterkunft. In diesem Bereich fühlt sich in etwa jede/r zweite Reisende mit Behinderung eingeschränkt, wobei dies vor allem die Zugänglichkeit der Einrichtungen betrifft. Dies gilt nicht nur für die Angebote selbst, sondern betrifft ebenso die Informationen zur Zugänglichkeit und Nutzung der Unterkunft. Grund hierfür sind fehlende einheitliche Bewertungs- und Erfassungskriterien.

4.3.5 Assistenz/Versorgung

Eine Urlaubsreise in einem nicht vertrauten Umfeld kann selbst für Menschen mit Behinderung, die im Alltag ohne fremde Hilfe zurechtkommen, unter Umständen schwierig sein. Die Reiseassistenz kann demnach für Betroffene und deren Angehörige ein zentraler Bestandteil zur Sicherung ihrer Lebensqualität darstellen.

Gründe für Menschen, die viel Zeit und Energie aufbringen, um als Reiseassistent/inn/en Personen mit Behinderung zu unterstützen, ohne dabei nennenswertes Entgelt zu erhalten umfassen:

- „eine schöne Gegend kennen zu lernen ohne finanziellen Aufwand“
- „für Studium und Berufsausbildung Erfahrungen vor Ort zu sammeln“
- Reiseassistenten fühlen sich motiviert, Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung Hilfe und Zuwendung zu geben

Durch die Hilfestellung eines/einer Assistenten/in soll für die Betroffenen der Urlaubsalltag erleichtert werden. (Vgl. Herbricht, 2002, S. 258f) Je nach Art und Stärke der Beeinträchtigung umfasst dies unterschiedliche Aufgabenfelder, wie beispielsweise *„Hilfe beim Waschen, Essen, Ankleiden, Auskleiden, zur Toilette gehen, Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt, beim Schreiben von Briefen oder Karten“* (ebd., 2002, S. 259). Menschen mit Beeinträchtigungen benötigen darüber hinaus Hilfestellungen während ihrer Freizeitgestaltung (z.B.: Rollstuhl schieben). Es ist wichtig zu beachten, dass die Betroffenen Expert/inn/en in eigener Sache sind! Wie ihnen geholfen werden kann, können sie selbst am besten erklären. (Vgl. ebd, 2002, S. 259)

Eine medizinische Versorgung am Urlaubsort ist für jede/n zweite/n Reisende/n bei der Wahl des Reiseziels von Bedeutung. Mehr als ein Drittel der Betroffenen sind in diesem Bereich unzufrieden, da es kaum Angebote die sich speziell an Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen richten wie z.B. medizinischer Service, gibt. Diese Unzufriedenheit besteht auch gegenüber der Information über bestehende Angebote. (Vgl. Neumann et al, 2003, S. 20)

4.3.6 Essen

Nach Neumann et al (2003, S. 19) nimmt die Verpflegung während einer Urlaubsreise keinen dominanten Stellenwert ein.

Wie bereits mehrmals erwähnt, können jedoch Probleme bei der Zugänglichkeit von Gaststätten und der fehlenden Barrierefreiheit der sanitären Einrichtungen auftreten. (Vgl. Rannegger, 2006, S.48. zit. nach ADAC, 2003, S.50)

Dies könnte ein Grund dafür sein, dass die Mehrheit der Betroffenen eine Halbpension bei der Verpflegung am Urlaubsort in Anspruch nimmt. (Vgl. Neumann et al, 2003, S. 19)

4.3.7 Freizeitgestaltung

Während das Einkaufen und sportliche Aktivitäten bei einem Urlaubsaufenthalt für Menschen mit Behinderung kaum eine Rolle spielen, ist das kulturelle Angebot wichtig bei der Wahl des Reiseziels. Auch hier gibt es oft Barrieren bei der Zugänglichkeit sowie falsche Informationen über Angebote.

Sportliche Aktivitäten am Urlaubsort stellen einen besonders hohen Grad der Beeinträchtigung dar, wodurch sie meist schon vor Reiseantritt ausgeschlossen werden. (Vgl. Neumann et al, 2003, S. 19f)

4.3.8 Erinnerung

Diese Phase der touristischen Servicekette ist bedeutend für die Kundenbindung, welche durch ein gutes und zufriedenstellendes Service erlangt werden kann. Vor allem Menschen mit Beeinträchtigungen sind eher dazu bereit ein Reiseziel, welches sich bewährt hat mehrfach zu bereisen. (Vgl. Rannegger, 2006, S. 51, zit. nach ADAC, 2003, S. 130)

4.4 Probleme einer Urlaubsreise

Laut Darcy (2002, S.65) benötigen beinahe 80 Prozent der Menschen im Rollstuhl eine Betreuungsperson. Eine besonders hohe Abhängigkeit während einer Urlaubsreise weisen folgende Arten der Behinderung auf:

- Hirnschlag (98%)
- Zerebrale (Kinder-)lähmung (85%)
- Quadriplegie/ Tetraplegie (84%)

Menschen mit Behinderung haben darüber hinaus viel weniger Möglichkeiten eine bezahlte Beschäftigung zu erlangen. Dies bedeutet weiters, dass ihr Durchschnittseinkommen-trotz möglicher staatlicher Unterstützungen- weit unter dem der Normalbevölkerung liegt.

Es lässt sich festhalten, dass 74 Prozent der Menschen mit körperlicher Behinderung mit ihrem derzeitigen Reiseniveau nicht zufrieden sind. (*Vgl. Darcy, 2002, S. 66*)

Darcy nennt in seiner Arbeit drei Themengebiete, die Menschen mit einem hohen Betreuungsaufwand betreffen: Betreuung, Equipment, Unterkunft. (*Vgl. Darcy, 2002, S. 66*)

4.4.1 Betreuung

Für Menschen, die alleine nicht verreisen können, stellt das Problem der Betreuung die größte Einschränkung dar, da ohne sie keine Reise stattfinden kann. Die Reise muss mit einer Betreuungsperson geplant, oder es muss am Reiseziel ein/e Assistent/in gefunden werden. Wenn der/die Betreuer/in kein Familienmitglied, Freund/in oder Partner/in ist, verursacht dies wiederum hohe Kosten. Hier sind nicht nur die direkten Kosten (Entgelt für die Betreuung) sondern auch die indirekten Kosten (Unterkunft, Essen etc.) für Begleitpersonen zu beachten. Betreuung, die vor Ort organisiert werden muss, kann beispielsweise das Problem der Verfügbarkeit einer Begleitperson für die Dauer der Reise mit sich bringen. Das Reiseerlebnis kann durch eine unpassende Betreuungsperson sowohl physisch als auch psychisch beeinträchtigt werden.

4.4.2 Equipment

Generell wird, je größer der Betreuungsbedarf ist, umso mehr Equipment benötigt. Die Verfügbarkeit des Equipments am Ort der Urlaubsdestination stellt meist ein

Problem dar, wodurch dem Reisenden drei Möglichkeiten bleiben: nicht zu reisen, das gesamte Equipment selbst mitzunehmen oder in einer Unterkunft zu bleiben, wo es zur Verfügung gestellt wird. Am meisten werden folgende Gegenstände benötigt: Rollstuhl, Batterieladegerät, Hebevorrichtung, Nachtstuhl, Duschstuhl, elektrisch verstellbares Bett sowie Sauerstoffgerät.

Das Ausborgen einer Ausrüstung am Urlaubsort stellt jedoch wieder einen zusätzlichen Kostenfaktor dar. (Vgl. Darcy, 2002, S. 66f)

4.4.3 Unterkunft

In Zusammenhang mit der Suche nach einer geeigneten Unterkunft gibt es einige Barrieren. 45% der Befragten gaben an, unkorrekte Informationen über die Zugänglichkeit der Unterkunft erhalten zu haben. (Vgl. Darcy, 2002, S. 68)

Über die barrierefreie Zugänglichkeit hinaus muss sichergestellt werden, dass unter anderem das Zimmer genügend Platz bietet. Wichtig sind beispielsweise: Türbreite, Zirkulationsraum, Tisch- und Betthöhe, Platzierung der Toilette usw.. Diese Informationen sind jedoch entweder nicht verfügbar, falsch angegeben, oder lückenhaft. Erst wenn die barrierefreie Unterkunft garantiert werden kann, können Menschen mit Behinderung ihre Reise genießen. (Vgl. Darcy, 2002, S. 68)

4.5 Barrierefreiheit als zentraler Aspekt des Reisens

Neben den bereits beschriebenen allgemein- gültigen Anforderungen für Menschen mit Behinderung muss auf spezielle Anforderungen für die jeweiligen Behinderungsarten geachtet werden, wobei für Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung die Barrierefreiheit eine zentrale Rolle spielt.

Im Bundes- Behindertengleichstellungsgesetz wird „barrierefrei“ folgendermaßen definiert:

„Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“ (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2006, S. 26)

Demnach sollten Menschen mit Behinderung grundsätzlich so wie nicht behinderte Menschen Zugang zu öffentlich angebotenen Leistungen haben. (Vgl. *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2006, S. 26*)

Angesprochen sind dabei aber nicht nur bewegungsbeeinträchtigte, blinde oder gehörlose Personen (permanent oder temporär), sondern auch altersbedingte Einschränkungen oder andere Umstände (wie z. B. Personen mit Kinderwagen, Bewegungseinschränkung durch einen Unfall oder schwangere Frauen). (Vgl. *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2009, S.2ff*)

In Europa gibt es nach Schätzungen der EU- Kommission zirka 127 Millionen Menschen, für die eine barrierefreie Zugänglichkeit unbedingt notwendig wäre (wobei diese Zahl aufgrund der alternden Bevölkerung und der höher werdenden Lebenserwartung steigen wird). Etwa 70% davon sind physisch und psychisch in der Lage, eine Reise anzutreten, jedoch ist nur ein sehr geringer Teil der Tourismusbetriebe zumindest für Rollstuhlfahrer zugänglich. (Vgl. *Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2008, S.266*)

Laut Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend ist Barrierefreiheit „für 10% der Bevölkerung absolut zwingend, für 30 bis 40% notwendig und für 100% komfortabel“ (*Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2009, S.2ff*).

4.5.1 Barrierehaupttypen

Nach Smith, 1987, gibt es drei Haupttypen von Barrieren:

1. Umgebungsbedingte Barrieren, die einstellungsbezogene, architektonische und umweltbedingte Faktoren beinhalten
2. Interaktive Barrieren bezüglich fähigkeitsherausfordernder Unstimmigkeiten und Kommunikationsbarrieren
3. Intrinsische Barrieren verbunden mit dem jeweiligen physischen, psychischen oder kognitiven Status der Person. (Vgl. *Yau et al, 2004, S. 948*)

4.5.2 Barrierefreies Planen für Tourismuseinrichtungen (Unterkünfte)

Parkplatz mit Bewegungsraum: Das Ein- und Ausladen von sperrigen Lasten, wie zum Beispiel einem Rollstuhl, kann durch eine Vergrößerung der Parkmöglichkeit auf eine Breite von 3,5m erleichtert werden.

Müheloser Zugang: Es sollte darauf geachtet werden, dass der Weg eben oder nur leicht abfällig ist (ohne Quergefälle). Ebenso ist ein rutschfester und gut rollbarer fester Belag mit geringer Fugenteilung empfehlenswert, damit Rollstühle nicht einsinken oder in breiten Fugen hängen bleiben.

Einladender Hauseingang: Damit Rollstühle, Gehilfen etc. nicht einsinken oder wegrollen, sollte auch der Bereich vor dem Eingang eben und mit festem Belag versehen sein. Der Eingang sollte eine Überdachung haben sowie über eine entsprechende Breite und Helligkeit verfügen und stufenlos sein.

Breite und schwellenlose (Eingangs-) Türen: Es soll beim Eingang eine Türbreite von 90cm nicht unterschritten und 100cm nicht überschritten (da sonst der Türflügel zu schwer wird) werden. Um den Zugang zu den Zimmern zu gewährleisten, sind entsprechende Bewegungsflächen vor und hinter der Tür bedeutend. Eine Türbreite von 80cm soll innerhalb der Unterkunft nicht unterschritten werden. Hier ist ebenso auf die Schwellenlosigkeit zu achten. Wenn dies nicht möglich ist, sollte die Türschwelle nicht höher als 2cm und gut überrollbar sein.

Leichte Bedienbarkeit von Türen: Wenn die Bedienkraft der Türen 25N (2,5kg) übersteigt, sollten sie automatisiert werden. Dies ist besonders für ältere Menschen, Kinder usw. wichtig.

Genügende Bewegungsfreiheit: Für eine ausreichende Bewegungsfreiheit in jenen Bereichen, in denen sich der/die Betroffene umdrehen muss (Bad, vor dem Bett und Schrank oder bei Türen) wird ein Wendekreis von zirka 150cm benötigt.

Badezimmer und WC planen: Wichtig ist auch eine gute Zugänglichkeit zu Bad/Dusche, Waschtisch und WC mit genügend Bewegungsraum im Sanitärbereich. Dabei kann es auch eine Überschneidung der Bewegungsflächen geben.

Komfortable Sanitärausstattung: Durch ein flaches, unterfahrbares Waschbecken mit Unterputz- oder Flachaufputzsiphon soll ein bequemes Sitzen vor dem Waschtisch gewährleistet werden. Ebenso kann beispielsweise ein Duschsessel zur Bequemlichkeit im Duschbereich beitragen.

Fenster mit Durchblick: Um im Sitzen und Liegen besser hinaussehen zu können, ist eine maximale Höhe von 60cm des Fensterparapets⁹ bedeutend. Darüber hinaus sollten Fenstergriffe und Jalousien gut erreichbar und leicht bedienbar sein.

Erreichbare Bedienelemente: Für eine gute Erreichbarkeit aller Schalter, Steckdosen etc., müssen diese in angemessener Höhe angebracht werden.

Einrichtung und Möbel: Höhenverstellbare Schrankelemente, Arbeits- und Ablageflächen sowie unterfahrbare Möbel sind essentiell für deren Zugänglichkeit. Für ältere und gehbehinderte Menschen sind Schiebetüren sicherer als Drehflügeltüren, da letztere beim Zurücktreten eine Sturzgefahr bedeuten können.

Sichere Bodenbelege: Bei Bodenbelägen sollte darauf geachtet werden, dass diese rutschsicher sind.

Gute Sicht durch Licht, Farben und Kontraste: Für eine verbesserte Raumwahrnehmung und Orientierung sind farbliche Kontraste zwischen angrenzenden Flächen (wie beispielsweise Boden, Wand, Tür) wichtig. Darüber hinaus trägt eine ausreichende Beleuchtung zu Komfort und Sicherheit bei. (Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008a, S.82- 85)

4.6 Urlaubsreiseverhalten¹⁰

Im Folgenden werden die Urlaubsreiseintensität, -häufigkeit und -dauer von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beschrieben. Ebenso wird auf Gründe für das Nichtreisen von Menschen mit

⁹ „Der Begriff Parapet (oder Parapeth) stellt heutzutage einen Fachausdruck im Bauwesen für eine Brüstung oder ein Geländer dar. Als Parapet werden dabei Brüstungen von Fenstern, Balkonen oder auch Brücken bezeichnet.“ (Kalcher, 2006, <http://bauwiki.tugraz.at/bin/view/Baulexikon/ParaPeth> 25.06.2010)

¹⁰ D.h. ein Aufenthalt von mindestens fünf Tagen

Handicap eingegangen. Abschließend folgt eine Darstellung der Reisearten und - motive der genannten Zielgruppe.

4.6.1 Reiseintensität, Reishäufigkeit und Reisedauer

Die Urlaubsreiseintensität¹¹ von mobilitäts- und aktivitätseingeschränkten Personen hat in den letzten Jahren (im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung) zugenommen. Dennoch liegt sie noch deutlich unter der Reiseintensität der Gesamtbevölkerung.

	Urlaubsintensität der Gesamtbevölkerung (2002: n= 7.970; 2006: n= 7.671)	Urlaubsintensität von Menschen mit Mobilitäts- oder Aktivitätseinschränkungen (2002: n= 840; 2006: n= 1.039 bzw. 546*)
2002	75,3	54,3*
2006	74,7	60,9 (58,3*)

*Menschen mit Mobilitäts- oder Aktivitätseinschränkungen ohne Personen mit chronischen Erkrankungen.

Tabelle 4: Urlaubsreiseintensität

(Tabelle modifiziert übernommen aus: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2008, S. 57)

Das Alter spielt hierbei kaum mehr eine Rolle. Vielmehr zählen sozioökonomische Faktoren wie beispielsweise Bildung, Einkommen oder die jeweilige Lebensphase dazu. Es konnte in den letzten Jahren ein überdurchschnittlicher Anstieg der Reiseintensität älterer Menschen festgestellt werden, während sie bei jüngeren Altersgruppen annähernd gleich geblieben ist. Eine Abnahme wurde erst bei Menschen über 70 beobachtet.

Die F.U.R.- Reiseanalyse 2007 zeigt, dass wenn Menschen mit Aktivitäts- oder Mobilitätseinschränkung eine (Kurz-) Urlaubsreise unternehmen, dies ungefähr

¹¹ Beschreibt den Anteil der Bevölkerung ab 14 Jahren, der pro Jahr mindestens eine Urlaubsreise von fünf Tagen (oder länger) unternimmt.

genau so häufig machen wie die deutsche Gesamtbevölkerung. Insgesamt weisen beide Gruppen eine konstante Reisehäufigkeit bei Urlaubsreisen und eine Abnahme der Kurzurlaubshäufigkeit¹² auf. (Vgl. *Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2008, S. 57ff*)

	Jahr	Reisehäufigkeit der Gesamtbevölkerung (2002: n= 7.970; 2006: n= 7.671)	Reisehäufigkeit von Menschen mit Mobilitäts- oder Aktivitätseinschränkungen (2002: n= 840; 2006: n= 1.039 bzw. 546*)
Urlaubsreisen	2002	1,3	1,3*
	2006	1,3	1,4 (1,4*)

*Menschen mit Mobilitäts- oder Aktivitätseinschränkungen ohne Personen mit chronischen Erkrankungen.

Tabelle 5: Reisehäufigkeit

(Tabelle modifiziert übernommen aus: *Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2008, S. 58*)

Menschen mit Behinderung und ältere Menschen werden jedoch oft an der Umsetzung ihrer Reisepläne aufgrund von bestehenden Barrieren gehindert. Grund hierfür sind die Hürden entlang der touristischen Servicekette, weshalb sie nicht oder nur selten verreisen. Eine Umfrage in Deutschland hat ergeben, dass etwa 75% der Bevölkerung, jedoch nur 60% der Menschen mit Behinderung, mindestens einmal jährlich eine Reise unternehmen, die länger als fünf Tage dauert. Auf eine Reise verzichtet haben bereits 37% der befragten Personen, da es keine barrierefreien oder behindertengerechten Angebote, Einrichtungen oder Dienstleistungen gab. 48% würden bei mehr barrierefreien Angeboten öfter verreisen. (Vgl. *Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2009, S. 3*)

Nach Wilken (2002, S. 25) ist das Nichtreisen von Menschen mit Beeinträchtigungen eine Folge von quasi-objektiven Faktoren der Finanzierbarkeit, von Immobilität

¹² Zwei bis vier Tage

aufgrund von Krankheit oder Behinderung sowie von mangelnder Information und Wissen bezüglich der vorhandenen Möglichkeiten und Angebote. Dies kann nur durch eine umfassendere und präzisere Information und Beratung beseitigt werden.

4.6.2 Reisearten und Reisemotive

Der überwiegende Teil (82%) der mobilitäts- und aktivitätseingeschränkten Reisenden sieht ihren Urlaub als Erholungsurlaub. Ebenso sind der reine Gesundheitsurlaub/ die Kur mit 34% und der Kultururlaub mit 21% von großer Bedeutung. Für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen ist die Städtereise die wichtigste Form der Kurzurlaubsreise (59,7%). Erholung und Kultur folgen dahinter. Bedeutsam ist, dass hingegen nur 41,7% der deutschen Gesamtbevölkerung Städtereisen unternehmen. Grund für diesen Unterschied könnte die bessere Infrastruktur in Städten sein, die den speziellen Anforderungen von mobilitäts- und aktivitätseingeschränkten Personen (gepflasterte/geteerte Wege etc.) eher entspricht. (Vgl. *Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2003, S.17-18*)

Im Folgenden werden die fünf Hauptreisemotive von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen genannt:

1. Entspannen; Vermeidung von Stress und alltäglichem Druck
2. Gesundes Klima
3. Gesundheitsbezogene Aspekte
4. Frische Kraft sammeln; ‚auftanken‘
5. Natur erleben

(Vgl. *Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2003, S.18*)

5 Betreuung, Assistenz und Pflege

Vorab soll geklärt werden, was Pflegebedarf bedeutet. Nach den gesetzlichen Bestimmungen liegt Pflegebedarf dann vor, wenn der/die Betroffene sowohl Unterstützung bei Betreuungsmaßnahmen als auch bei Hilfsverrichtungen benötigt. Der Grund, warum diese Verrichtungen des täglichen Lebens nicht selbstständig durchgeführt werden können, spielt bei der Beurteilung des Pflegebedarfs keine Rolle. Wichtig ist nur, ob Hilfe in Anspruch genommen werden muss. (Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S.9)

Folgende Tabelle soll die Unterschiede von Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen verdeutlichen:

Betreuungsmaßnahmen	Hilfsverrichtungen
Betreffen den persönlichen Lebensbereich z.B.: An- und Ausziehen; Körperpflege; Kochen; Essen; Toilette; Medikamenteneinnahme; Fortbewegung innerhalb der Wohnung etc.	Betreffen den sachlichen Lebensbereich z.B.: Besorgung von Nahrungsmitteln, Medikamente sowie Bedarfsmittel des täglichen Lebens; Mobilitätshilfe im weiteren Sinn etc.

Tabelle 6: Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen

(Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S.9)

5.1 Pflegeabhängigkeit

Pflegeabhängigkeit kann definiert werden als „Angewiesensein auf pflegerische Betreuung durch andere Personen und damit einhergehende evtl. Unfreiheit in Entscheidungen und Bewegungsfreiheit“. (Pschyrembel, 2003, S. 491)

Nach Bartholomeyczik (2004, S. 11) ist eine Person pflegebedürftig, wenn sie Hilfe bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen wie Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung sowie Mobilität benötigt.

Mithilfe der Pflegeabhängigkeitsskala¹³ (PAS), welche aus 15 Items besteht, kann die Pflegeabhängigkeit eingeschätzt werden. Diese 15 Items basieren auf den menschlichen Grundbedürfnissen nach Virginia Henderson (Vgl. Lohrmann, 2004, S.56f):

- Essen und Trinken
- Kontinenz
- Körperhaltung
- Mobilität
- Tag- und Nachtrhythmus
- An- und Auskleiden
- Körpertemperatur
- Körperpflege
- Gefahrenvermeidung
- Kommunikation
- Kontakte mit anderen
- Sinn für Regeln und Werte
- Alltagsaktivitäten
- Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung
- Lernfähigkeit

(Vgl. Lohrmann, 2004, S. 57)

Die Einschätzungskriterien für diese Items reichen von (1) völlig abhängig bis (5) völlig unabhängig. Im Folgenden wird das Item „An- und Auskleiden“ zur Verdeutlichung herangezogen (Vgl. Lohrmann, 2004, S.57):

Beschreibung	Ausmaß, in dem der/die Patient/in in der Lage ist, sich allein an- und auszukleiden
Einschätzungskriterien	<p>(1) Der/Die Patient/in ist nicht in der Lage, sich allein an- und auszukleiden.</p> <p>(2) Der/Die Patient/in ist bis zu einem gewissen Grade in der Lage, sich allein an- und auszukleiden. Er/Sie ist jedoch nicht in der Lage, dies in einer logischen Reihenfolge zu tun.</p> <p>(3) Der/Die Patient/in ist teilweise in der Lage, sich allein an- und auszukleiden. Es sind jedoch Beobachtungen und/oder kleinere Hilfestellungen</p>

¹³ Die PAS wurde 1996 in den Niederlanden entwickelt. Es folgte eine Übersetzung ins Deutsche sowie mehrfache Überprüfungen des Instruments.

	erforderlich. (4) Der/Die Patient/in ist in der Lage, sich weitgehend allein an- und auszukleiden. Er/Sie benötigt jedoch Hilfe bei der Bewältigung feinmotorischer Aufgaben. (5) Der/Die Patient/in ist in der Lage, sich ohne Hilfe an- und auszukleiden. Er/Sie hat Kontrolle über seine Feinmotorik.
--	--

Tabelle 7: Einschätzungskriterien der PAS

(Tabelle modifiziert übernommen aus Lohrmann, 2004, S. 57)

Der erzielte Skalenwert (zwischen 15 und 75) spiegelt die Pflegeabhängigkeit des/der Patient/en/in wider. Je höher der Wert ist, umso selbstständiger ist die eingeschätzte Person. Die Pflegeabhängigkeit kann in folgende drei Bereiche unterteilt werden *(Vgl. Lohrmann, 2004, S.57)*:

Grad der Pflegeabhängigkeit	Skalenwert
Hohe Pflegeabhängigkeit	15- 44
Mittlere Pflegeabhängigkeit	45- 59
Niedrige Pflegeabhängigkeit	60- 75

Tabelle 8: Grad der Pflegeabhängigkeit nach der PAS

(Tabelle modifiziert übernommen aus Lohrmann, 2004, S.57)

Oftmals wird Pflegeabhängigkeit mit Bettlägerigkeit und Passivität assoziiert. Diese Auffassung ist jedoch angesichts des technologischen Fortschritts veraltet. Vor allem junge Menschen möchten trotz Beeinträchtigungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben. *(Vgl. Schlüter, 2007, S. 53)*

Es existieren unterschiedliche Auffassungen darüber, ob bei Menschen mit körperlicher Behinderung von »pflegen« gesprochen werden soll. Für Saal (2006) beispielsweise bezieht sich Pflege immer auf den kranken Menschen während Seeck (o.Z.) all das als Pflege bezeichnet, „*was er körperlich nicht selber ausführen kann*“. Da Krankheit als Ausnahmezustand verstanden wird, ist für Menschen mit Beeinträchtigungen eine Abgrenzung zwischen Behinderung und Krankheit von

Bedeutung. Oft ist diese jedoch nicht eindeutig. Menschen mit körperlicher Behinderung empfinden sich häufig als gesund und nicht als krank. (Vgl. Schlüter, 2007, S. 47)

Entscheidend ist auch, ob die Beeinträchtigung bereits seit Geburt besteht oder im Laufe des Lebens erworben wird. Tendenziell kann ersteres von den Betroffenen besser verarbeitet werden. Später erworbene Schädigungen stellen einen Bruch in der Lebensbiografie dar, welche zu bedeutenden emotionalen und psychischen Veränderungen, wie beispielsweise veränderte soziale Rollen, finanzielle Einbußen etc., und in hohem Maß zu einer beeinträchtigten Identität führen können. (Vgl. Schlüter, 2007, S. 50f)

5.2 Belastungen von pflegenden Angehörigen

Zirka 75% der pflegebedürftigen Österreicher/innen werden zuhause von ihren Angehörigen betreut, was für diese eine große Belastung bedeutet. Pflegende Angehörige spielen demnach eine zentrale Rolle im österreichischen Pflegevorsorgesystem und sollten infolgedessen bestmöglich unterstützt und entlastet werden sowie deren Position gestärkt werden. (Vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008, S.197)

Rosenkranz geht in einer qualitativen Studie der Frage nach, unter welchen belastenden Bedingungen Familien (ohne zusätzliche Unterstützung) mit behinderten Angehörigen ihren Alltag bewältigen müssen. (Vgl. Rosenkranz, 1998, S. 124)

Als Hauptbelastung nennen die Befragten die ständige Präsenz. Die meisten behinderten Familienmitglieder benötigten fortwährende Betreuung bei Tag und bei Nacht, manche teilweise Betreuung bei Tag und bei Nacht oder Unterstützung und Hilfe. Diese andauernde Präsenz wird nur durch den Besuch einer Einrichtung wie beispielsweise einer Schule oder Institution unterbrochen.

Weiters empfinden die Befragten die zusätzlichen Anforderungen im Rahmen der Betreuungs- und Hausarbeit wie das Fahren zu Therapien und die täglichen therapeutischen Übungen als sehr belastend. Ebenso wird die massive Störung der Nachtruhe durch Einschlaf- und/oder Schlafstörungen der behinderten Angehörigen

genannt. Als erheblichen Aufwand beschreiben die pflegenden Angehörigen die Nahrungszubereitung, da die pflegebedürftigen Familienmitglieder nicht oder schwer kauen und häufig nicht alleine essen können. Zusätzlich werden wegen des hohen Versorgungsbedarfs viel zu wenig Zeit für Haus- und Gartenarbeit sowie zum Einkaufen genannt. (Vgl. Rosenkranz, 1998, S. 188- 197)

Durch das ständige Präsent-sein-müssen bleibt für die pflegenden Angehörigen keine Zeit für eigene Interessen und Bedürfnisse. Sie gewöhnen sich mit der Zeit an diese Situation, was folgendes Zitat deutlich zeigt: (Vgl. Rosenkranz, 1998, S. 235)

„Das war eigentlich früher immer, daß ich so gar nicht auskönnen habe. Fast wie eine Gefangene, so gar nicht allein machen einmal. Vielleicht einmal in ein Kaffeehaus gehen und etwas kaufen. Ja, das ginge jetzt, wenn X in ihrem Club ist. Nur jetzt will ich eigentlich nicht mehr. Ich lese sehr gerne. Da lese ich dann etwas, das ist meine Freizeit eigentlich (...) ja.“ (Rosenkranz, 1998, S. 235)

Eine körperliche Überlastung empfinden vor allem Mütter, deren Kinder sich nicht oder nicht alleine fortbewegen können. Hinzu kann es durch jahrelanges Heben und Tragen zu Abnützungen des Bewegungsapparates kommen. (Vgl. Rosenkranz, 1998, S. 234f)

Bei schwerstbehinderten Familienmitgliedern bedeutet deren Mitnahme in den Urlaub für die pflegenden Angehörigen eine enorme Anstrengung oder ist gar nicht möglich. (Vgl. Rosenkranz, 1998, S. 242)

6 Qualitative Sozialforschung

Erst seit den 1980er bis 1990er Jahren besteht ein Trend zur qualitativen Forschung. Die Wurzeln gehen jedoch schon auf Aristoteles (384- 322 v. Chr.) zurück, der die Erforschung der menschlichen Seele als Krone der Wissenschaft betrachtet.¹⁴ Hierfür bedarf es jedoch eines eigenen wissenschaftlichen Zugangs. Nach Aristoteles sind die Gegenstände dem Werden und Vergehen unterworfen. Dies bedeutet eine Einbeziehung historischer sowie entwicklungsmäßiger Aspekte. Weiters sollen Gegenstände durch ihre Intentionen, Ziele und Zwecke verstanden, also auch Werturteile in der wissenschaftlichen Analyse zugelassen werden. Neben der Deduktion (Ableitung des Besonderen aus dem Allgemeinen) ist ebenso induktives Vorgehen (d.h.: schließt vom Einzelfall auf das Allgemeine) erlaubt. Dies bildet die Grundlage für sinnvolle Einzelfallanalysen. (Vgl. Mayring, 2002, S.12)

Eine weitere bedeutende Wurzel qualitativen Denkens ist die Hermeneutik. Sie wird als jede Bemühung der Erarbeitung von Grundlagen wissenschaftlicher Interpretation zur Auslegung von Texten verstanden. Beispiele hierfür finden sich in der Theologie (Auslegung der Heiligen Schrift), Jura (Interpretation von Gesetzestexten) oder auch in der Philosophie (Allgemeine Interpretationslehre). Der hermeneutische Grundgedanke besagt, dass alles, was von einem Mensch hervorgebracht wurde (also auch Texte), subjektive Bedeutung hat. Demnach führt eine Analyse der rein äußerlichen Charakteristika nicht weiter, wenn der subjektive Sinn interpretativ nicht erkannt/beachtet wird. (Vgl. Mayring, 2002, S.13f)

6.1 Theoretische Grundlagen qualitativen Denkens nach Mayring

Mayring (2002, S. 20- 38) formulierte fünf Postulate(P)/ Grundlagen, auf die qualitative Forschung aufbaut. Für konkrete Handlungsanweisungen waren diese jedoch zu abstrakt und zu allgemein weshalb er schließlich 13 Säulen(S) qualitativen Denkens entwickelte.

¹⁴ Im Gegensatz dazu steht die galileische Denktradition, welche auf Galileo Galilei (1564- 1642) zurückgeht. Diese bezieht sich auf reine Kausalerklärungen nach deduktiver Logik, sucht nach Naturgesetzen im Allgemeinen, die mit Methoden gefunden und überprüft werden, welche für alle Einzelwissenschaften ident sind. (Vgl. Mayring, 2002, S. 12)

Orientierung am Subjekt(P1): Humanwissenschaftliche Forschung hat immer Menschen (Subjekte) zu Gegenstand. Sie sind Ausgangspunkt und Ziel jeder Untersuchung.	
Ganzheit(S1)	Menschliche Funktions- und Lebensbereiche müssen ganzheitlich interpretiert und korrigiert werden.
Historizität(S2)	Humanwissenschaftliche Gegenstände haben immer eine Geschichte und können sich verändern. Aus diesem Grund muss qualitative Forschung historische Dimensionen beinhalten.
Problemorientierung(S3)	Für Untersuchungen sollen konkrete, praktische Problemstellungen, auf die die Ergebnisse bezogen werden, Ansatzpunkt sein.
Deskription(P2): Der Gegenstandsbereich muss zu Beginn einer Analyse genau und umfassend beschrieben werden.	
Einzelfallbezogenheit(S4)	Adäquatheit der Verfahrensweisen sowie Ergebnisinterpretationen sollen einer laufenden Überprüfung anhand von Erhobenen und Analysierten Einzelfällen unterzogen werden.
Offenheit(S5)	Wenn es der Gegenstand erfordert, sollen Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen (von theoretischen Strukturierungen, Hypothesen und Methoden) möglich sein.
Methodenkontrolle(S6)	Trotz der Offenheit des Forschungsprozesses müssen die einzelnen Verfahrensschritte expliziert und dokumentiert werden sowie nach begründeten Regeln ablaufen.
Interpretation(P3): Humanwissenschaftliche Untersuchungsgegenstände müssen immer auch durch Interpretation erschlossen werden.	
Vorverständnis(S7)	Das Vorverständnis des/der Analytiker/s/in prägt die Analyse sozialwissenschaftlicher Gegenstände. Aus diesem Grund ist seine Offenlegung und Weiterentwicklung bedeutsam.

Introspektion(S8)	Als Introspektion wird die Analyse des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns verstanden. Als Informationsquelle bei einer Untersuchung muss sie als solche ausgewiesen, begründet und überprüft werden.
Forscher-Gegenstands-Interaktion(S9)	Forschung ist ein Interaktionsprozess, in welchem sich Forscher/in und Untersuchungsgegenstand verändern.
alltägliches Umfeld(P4): Untersuchung humanwissenschaftlicher Gegenstände in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld.	
Verallgemeinerung(P5): Humanwissenschaftliche Forschung kann nicht automatisch durch bestimmte Verfahren verallgemeinert werden. Hier ist eine Schrittweise Begründung der Einzelfälle nötig.	
Argumentative Verallgemeinerung(S10)	Explizite und argumentativ abgesicherte Begründung, welche Ergebnisse auf welche Situationen, Bereiche und Zeiten hin verallgemeinert werden können.
Induktion(S11)	Induktion ist für die Stützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse bedeutend. Sie muss allerdings kontrolliert werden.
Regelbegriff(S12)	Gleichförmigkeiten werden nicht auf allgemein gültige Gesetze sondern auf kontextbezogene Regeln zurückgeführt, welche auch Abweichungen, also Ausnahmen von der Regel zulassen.
Quantifizierbarkeit(S13)	Es sollen Voraussetzungen für sinnvolle Quantifizierungen (zur Absicherung und Verallgemeinerung von Ergebnissen erzielt werden.

Tabelle 9: Theoretische Grundlagen qualitativen Denkens nach Mayring

6.2 Das qualitative Interview

Interviews sind nach Lamnek (1995, S. 35) von den Beteiligten bewusst und gezielt hergestellte Gesprächssituationen, wobei die Funktion des Einen das Stellen einer

Frage und des Anderen die Beantwortung dieser ist. Bei wissenschaftlichen Anforderungen müssen darüber hinaus bestimmte Zielsetzungen beachtet werden.

Die Datenerhebung für den folgenden empirischen Teil dieser Arbeit erfolgte mithilfe qualitativer halb standardisierter Interviews. Kennzeichen hierfür ist die Verwendung eines Interviewleitfadens, wobei Reihenfolge und Formulierung der Fragestellungen dem/der Interviewer/in überlassen bleiben. (Vgl. Lamnek, 1995, S. 47) Die Fragestellungen bei qualitativen Interviews sollen offen sein, das heißt, es erfolgt keine Auswahl aus vorgegebenen Antwortoptionen (vgl. Lamnek, 1995, S. 59). Darüber hinaus ist der weiche Kommunikationsstil zu verwenden. Dieser zeichnet sich nach Mayer durch den Versuch, zum/zur Befragten ein Vertrauensverhältnis aufzubauen aus. Es soll ihm/ihr Sympathie (durch empathisches Verhalten, Zuwendung, interessiertes Zuhören usw.) demonstriert werden. (Vgl. Mayer, 2002, S. 124)

Für diese Arbeit wurden mündliche Einzelinterviews, die face-to-face stattgefunden haben, gewählt.

6.3 Gütekriterien in der qualitativen Sozialforschung

Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung¹⁵ können nicht für die qualitative Forschung herangezogen werden, da sie unterschiedliche Zielsetzungen haben. (Vgl. Mayer, 2002, S. 79)

Mayring beschreibt sechs allgemeine Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung:

- **Verfahrensdokumentation:** Da die Methoden in der qualitativen Sozialforschung meist speziell für den jeweiligen Gegenstand entwickelt werden, muss das Vorgehen spezifischer auf den Gegenstand bezogen sein.

¹⁵ Objektivität = Zeigt die Unabhängigkeit des Ergebnisses von dem/der Forscher/in an.

Validität = Zeigt an, ob das Messinstrument das misst, was es messen soll.

Reliabilität = Zeigt an, ob das Ergebnis auch bei wiederholten Messungen immer gleich ist.

(Vgl. Mayring, 2002, S. 144f) Grund hierfür ist die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses für andere (vgl. Mayer, 2002, S. 80).

- Argumentative Interpretationsabsicherung: In der qualitativen Forschung sind Interpretationen von entscheidender Bedeutung. Da sie jedoch nicht bewiesen werden können, ist es wichtig, sie mit schlüssigen Argumenten zu begründen. (Vgl. Mayer, 2002, S. 80)
- Regelgeleitetheit: In der qualitativen Forschung muss das Material nach bestimmten Regeln systematisch bearbeitet werden (vgl. Mayring, 2002, S. 145f).
- Nähe zum Gegenstand: Hier geht es darum, sich in die natürliche Lebenswelt des Betroffenen zu begeben. In der qualitativen Forschung soll an konkreten sozialen Problemen angesetzt werden. (Vgl. Mayring, 2002, S. 146)
- Kommunikative Validierung: Dabei werden die Ergebnisse den Betroffenen vorgelegt und mit ihnen diskutiert (vgl. Mayer, 2002, S. 80).
- Triangulation: Für eine Fragestellung sollen unterschiedliche Lösungswege gefunden und die Ergebnisse verglichen werden (vgl. Mayring, 2002, S. 147).

6.4 Datenaufbereitung

Das Folgende behandelt die Forschungsfrage, den Interviewleitfaden sowie die Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner/innen. Abschließend wird die Auswertungsmethode, die „Zirkuläre Dekonstruktion“, welche sich in zwei Phasen gliedert, beschrieben.

6.4.1 Forschungsfrage und Interviewleitfaden

Die vorliegende Arbeit soll als Grundlage einerseits für zukünftige Projekte sowie andererseits zur Um- bzw. Neugestaltung bereits bestehender Urlaubsangebote für Menschen mit Handicap dienen. Das Ziel besteht darin bestmögliches Wohlbefinden und Erholung von Menschen mit körperlicher Behinderung während einer

Urlaubsreise zu gewährleisten. Dem empirischen Teil dieser Arbeit liegt deshalb folgende Forschungsfrage zugrunde:

„Welche Erwartungen und Wünsche haben Menschen mit körperlicher Behinderung an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt mit Menschen ohne Behinderung?“

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden leitfadenunterstützte qualitative Interviews durchgeführt. Der Interviewleitfaden setzte sich aus folgenden Kategorien zusammen:

- Allgemeines
- Planung einer Urlaubsreise/ Reisevorbereitung
- An- und Abreise
- Unterkunft
- Betreuung/ Assistenz/ Pflege
- Freizeitgestaltung

6.4.2 Auswahl der Interviewpartner/innen

Die Definition der Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner/innen stellte eine besondere Herausforderung dar. Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, gibt es je nach Zielsetzung unterschiedliche Definitionen des Behindertenbegriffes (vgl. Maschke, 2008, S. 30). Da es in dieser Arbeit ausschließlich um die Anforderungen von Menschen mit körperlicher Behinderung gehen soll, wurden die Gesprächspartner/innen dahingehend ausgewählt.

Die Rekrutierung der acht Befragten erfolgte auf unterschiedlichen Wegen. Zum Beispiel durch Bekannte, durch Weiterempfehlung von bereits befragten Interviewpartner/innen und über das Internet.

Bei der empirischen Untersuchung wurde außerdem auf relevante ethische Grundsätze Rücksicht genommen. Vor Beginn der Befragung erfolgte die Information der Interviewpartner/innen über die Zielsetzung der Arbeit. Ebenso waren die

Teilnehmer/innen zustimmungsfähig und ihre Zustimmung basierte auf Freiwilligkeit. Die Befragten wurden darüber hinaus informiert, dass die Ergebnisse nur in anonymisierter Form veröffentlicht werden. (Vgl. Körtner, 2004, S. 182)

6.4.3 Zirkuläres Dekonstruieren

Bevor kommunikativ erhobene Daten ausgewertet werden können, muss eine Transkription erfolgen. Dieser Schritt soll die Handhabung des Materials erleichtern.

Die zirkuläre Dekonstruktion ist eine eigens von der Technischen Universität Berlin entwickelte Methode, die der Auswertung dieser kommunikativ erhobenen Daten im Rahmen von qualitativen Diplomarbeiten dienen soll. Sie gliedert sich in zwei Auswertungsphasen, wobei sich die Erste mit den Einzelinterviews und die Zweite mit deren systematischem Vergleich befasst.

Die erste Auswertungsphase

In der ersten Phase soll in sechs Schritten das Material strukturiert werden. Dabei sind vor allem spontane Einfälle, kreative Metaphern sowie pointierte Alltagssprache zu verwenden.

- Schritt 1: Formulierung eines Mottos für den Text

Dafür soll entweder ein treffender Satz aus dem verschriftlichten Text oder ein subjektiv prägnanter Satz, der einen Eindruck vom Text zusammenfasst gewählt werden. Hier soll eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Material stattfinden, um eine spätere Zuordnung des Textes zum/zur Interviewten zu erleichtern.

- Schritt 2: Zusammenfassende Nacherzählung

Mit diesem zweiten Schritt erfolgt eine Straffung des noch sehr umfangreichen Materials und trägt somit zu einer bessern Übersicht bei. Erste Interpretationsschwerpunkte werden hier gesetzt und der Reflexion zugänglich gemacht.

- Schritt 3: Stichwortliste

Eine chronologische Auflistung aller im Text vorkommenden Worte oder Begriffe soll hier stattfinden. Dabei wird das Material weiter gestrafft und überschaubarer gemacht. Ebenso können hier spontane Interpretationsversuche gewagt werden.

- Schritt 4: Themenkatalog

Dabei ist erstmals eine komplexere Abstraktionsleistung gefordert. Die in der Stichwortliste vorkommenden Worte/Begriffe werden zu Themenbereichen gebündelt und zugehörige Oberbegriffe gefunden. Die einzelnen Themenbereiche sollen sich voneinander abgrenzen.

- Schritt 5: Paraphrasierung

Hier erfolgt eine Ergänzung der Subjektivität und Intuition durch gedankliche Vorstrukturierung, die im Themenkatalog dokumentiert wurden. Es werden entweder Themen zu Meta-Themen zusammengefasst oder nur eines der Themen in den Mittelpunkt gestellt und ausdifferenziert.

- Schritt 6: zentrale Kategorien- interviewspezifisch

Im letzten Schritt der ersten Auswertungsphase geht es um die Ausarbeitung kleiner relevanter Theoriebestandteile. Ein Theoriebestandteil ist dann relevant, wenn auch eine andere theoretische Entscheidung im jeweiligen Punkt denkbar oder plausibel wäre. Dabei ist zu beachten, dass es kein «richtig» oder «falsch» gibt, jedoch auch keine Willkür herrschen soll. Die zentralen Kategorien sollen helfen, die unterschiedlichen Interviews miteinander vergleichbar zu machen.

Die zweite Auswertungsphase

Mit dieser Phase kann erst begonnen werden, wenn mindestens zwei Interviews bereits die erste Auswertungsphase vollständig durchlaufen haben.

- Schritt 1: Synopsis

Alle bisher vorformulierten zentralen Kategorien werden in den Spalten einer Tabelle eingetragen. Es folgt eine Durchnummerierung der Interviews in den Zeilen der Tabelle. In diesem Schritt geht es um die Sichtbarmachung von ersten Häufungen der genannten Kategorien.

- Schritt 2: Verdichtung

Hier soll wieder eine Zusammenfassung zentraler Kategorien stattfinden und somit ein neues Konstrukt geschaffen werden. Dabei geht es jedoch nicht um die Formulierung eines logischen Oberbegriffes, sondern um den Akzentuierungsversuch einer psychologischen Gestalt.

- Schritt 3: komparative Paraphrasierung

Bei der komparativen Paraphrasierung soll zur Vermeidung eines Erkenntnisverlusts nur eine kleine Anzahl von Interviews herangezogen werden. Dieser letzte Schritt dient der Rückkopplung, Zirkularität, zum Ausgangsmaterial, damit *„die konkreten Personen lebendig bleiben“*. Dabei werden inhaltliche Kontraste, Abgrenzungen und Überlappungen innerhalb eines Konstrukts (das bei der Verdichtung entstanden ist) gebildet. (Vgl. Jaeggi/ Faas/ Mruck, 1998, S. 5- 17)

7 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews dargestellt. Mithilfe leitfadengestützter qualitativer Interviews kann ein Einblick in die Anforderungen sowie Wünsche von Menschen mit körperlicher Behinderung an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt mit Menschen ohne Behinderung gewonnen werden.

7.1 Tabellarische Übersicht

Die folgende tabellarische Darstellung soll einer besseren Übersicht der Ergebnisse aus den geführten Interviews dienen. Dabei werden den vier Konstrukten der Verdichtung die jeweiligen Themen der komparativen Paraphrasierung zugeordnet. Die anschließenden Kapitel enthalten eine ausführlichere Beschreibung dieser dargestellten Themen.

Konstrukte der Verdichtung	Themen der komparativen Paraphrasierung
Planung einer Urlaubsreise	Urlaubsmotivation und /-bedeutung
	Einstellung auf die neue Situation
	Urlaubsart
	Reisevorbereitung
	Kostenfaktor
Allgemeine Anforderungen an eine Urlaubsreise	Transport
	Bedeutung von Barrierefreiheit
	Freizeitgestaltung
	Belastungen
	Gefühl von Sicherheit
	Intimität
	think positive

Reisebegleitung	Die „gute“ Reisebegleitung
	Fremde Personen
	Abhängigkeit
	Selbstbestimmung
	Konfliktvermeidung
	Potentiale
Menschenbild	Einstellungen gegenüber Menschen mit körperlicher Behinderung
	Gefühl der Diskriminierung
	Gleichbehandlung
	Normalsein
	Differenzierung

Tabelle 10: Ergebnisdarstellung

7.2 Planung einer Urlaubsreise

Die Planung einer Urlaubsreise ist für Menschen mit körperlicher Behinderung von besonderer Bedeutung und stellt gleichzeitig eine große Herausforderung dar.

Einleitend wird die Urlaubsmotivation und -bedeutung der Zielgruppe beschrieben. Dies ist für ein besseres Verständnis derselben wichtig, vor allem da manche Menschen mit Handicap aufgrund ihrer Beeinträchtigung auf eine Urlaubsreise verzichten.

Des Weiteren wird auf die Beschreibung der neuen Situation bei erworbener Behinderung in Bezug auf die Planung einer Urlaubsreise, sowie auf die von der Zielgruppe bevorzugten Urlaubsart eingegangen.

Abschließend folgt eine Erläuterung jener Aspekte der Reisevorbereitung, die für die Betroffenen von Bedeutung sind.

7.2.1 Urlaubsmotivation /-bedeutung

Urlaub ist für die meisten Interviewpartner/innen von großer Bedeutung jedoch nennen sie unterschiedliche Motive dafür. Für alle Befragten stellt dabei die Erholung ein zentrales Thema dar. Dies wurde beispielsweise folgendermaßen beschrieben:

„Urlaub im Allgemeinen ist doch von einer recht großen Bedeutung für mich, weil er eine Rückzugsmöglichkeit ist und eine Möglichkeit die Batterien wieder aufzuladen und Kräfte zu tanken. Also, wenn man kontinuierlich zu wenig Urlaub macht (...), dann spürt man schon, wie die Leistungsfähigkeit auch kontinuierlich sinkt.“

Dies entspricht dem Bedürfnis nach Rekreation von Opaschowski. Er gibt weiters an, dass Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Abhängigkeit von anderen Menschen in der Erfüllung dieses Bedürfnisses eine Benachteiligung erfahren. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 312. zit. nach Opaschowski, 1990, S. 92- 95) Diese Abhängigkeit ist besonders während einer Urlaubsreise bedeutend.

Für viele Interviewpartner/innen stellt Reisen eine Abwechslung vom Alltag dar. Sie möchten neue Dinge kennenlernen, sich entspannen, Zeit für sich selbst haben und diese ebenso genießen. Bei den genannten Motiven kann jedoch nicht darauf geschlossen werden, ob diese in Zusammenhang mit dem Aspekt der Behinderung stehen.

Dennoch ist es wichtig, diese Reisemotive zu beschreiben, da es Menschen mit körperlicher Behinderung gibt, die zwar gerne verreisen würden, denen jedoch der Mut dazu fehlt: *„Ich war seit der Behinderung eigentlich gar nicht auf Urlaub, aber ich möchte in Zukunft zumindest in Österreich ein bisschen auswärts auch ein paar Tage Urlaub machen. (...) Es ist nicht so einfach. Vor dem hab ich mich immer gescheut.“*

Menschen mit körperlicher Behinderung haben demnach (genauso wie nicht-behinderte Menschen) Interesse, Urlaubsreisen zu unternehmen. Für sie stellt dies allerdings meist eine Herausforderung dar. Dies gilt insbesondere für jene Menschen mit Handicap, die nicht seit Geburt mit ihrer Beeinträchtigung leben.

7.2.2 Einstellung auf die neue Situation

Menschen mit körperlicher Behinderung, die das Handicap im Laufe ihres Lebens erworben haben, müssen sich (im Gegensatz zu Menschen mit angeborener Behinderung) erst auf die neue Situation einstellen. Bei der Planung einer Urlaubsreise müssen nun viele Dinge berücksichtigt werden, die davor bedeutungslos waren. Im Besonderen betrifft dies die Abhängigkeit von anderen Personen sowie die Barrierefreiheit.

„Ich war viel selbstständiger und hab alleine keine Hilfe gebraucht und man hat nicht überlegen brauchen, ob das Zimmer jetzt rollstuhlgerecht ist oder auch mit den Zügen.“

7.2.3 Urlaubsart

Über die bevorzugte Urlaubsart der Befragten kann keine eindeutige Aussage getroffen werden. Sie reicht von Individualurlaub (am Meer, in Städten, in Thermen,...) bis hin zu geleiteten Gruppenreisen. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Wahl der Urlaubsart individuell und unabhängig von der Behinderung ist.

Unabhängig von der gewählten Urlaubsart, bedarf es für Menschen mit Handicap einer umfangreichen Reisevorbereitung.

7.2.4 Reisevorbereitung

Die Reiseplanung stellt für Menschen mit Handicap eine besondere Herausforderung dar. Es bedarf einer umfangreichen Vorbereitung, da viele Dinge zu beachten sind.

Empfehlungen spielen dabei für die meisten der Befragten eine zentrale Rolle. Insbesondere von Bekannten/ Freunden, die ebenso mit einer Behinderung leben: *„Weil die Informationen der Bekannten- die wissen genau, worauf sie achten müssen, weil sie ebenfalls im Rolli sitzen oder Behinderungen haben. Die achten genau auf ein paar Dinge, die ich z.B. auch machen könnte.“* Dies trifft jedoch nicht auf alle Interviewpartner/innen zu, denn: *„Jeder hat eine andere Auffassung von barrierefrei. Barrierefrei kann man pauschal formulieren oder auf die Behinderung*

angepasst oder abgestimmt und, wenn ich da auf die Empfehlungen gehört hätte-da hat nie was gepasst, also für meine Behinderung im Speziellen.“

Viele der Befragten sehen Reisebüros als eine gute Möglichkeit zur Reiseplanung. Insbesondere meint eine Gesprächspartnerin, dass dies eine Option für Menschen mit körperlicher Behinderung sei, die noch wenig Reiseerfahrung haben. Ebenso wird das Internet als hilfreich für die Planung einer Urlaubsreise empfunden.

Bedeutend ist darüber hinaus die Planung der An- und Abreise (vor allem auch in Bezug auf Unterstützung mit dem Gepäck) sowie des Transportes z.B. zu Ausflugszielen am Urlaubsort. Des Weiteren umfasst die Vorbereitung die Organisation einer Unterkunft, wobei Barrierefreiheit in dieser und auch in deren Umgebung gewährleistet sein muss. Überdies werden von manchen Interviewpartner/inne/n die Aktivitäten, also die Freizeitgestaltung während eines Urlaubsaufenthaltes im Voraus geplant.

Diese detaillierte Urlaubsplanung lässt demnach kaum/keine Spontanität und Flexibilität zu: *„Da bedarf es viel Vorbereitung, um das zu machen. Und das, überhaupt die ganze Vorbereitung ist natürlich anstrengender, weil du halt einfach mehr Zeit brauchst, um das zu machen und da geht auch die Flexibilität verloren. (...) So spontan, das geht nicht. Das ist halt schon schade, aber man muss sich halt drauf einstellen.“*

Besonders wichtig bei der Planung einer Urlaubsreise ist für Menschen mit körperlicher Behinderung die Auswahl und Organisation der Reisebegleitung. Dies schließt unter anderem mit ein zu planen,

- wieviel Hilfe benötigt wird,
- und damit, ob dies eine weitere Betreuungsperson erfordert,
- sowie falls die Reisebegleitung (durch z. B. einen Unfall) ausfällt die Organisation einer Ersatzperson.

Für Menschen mit Handicap ist nach Meinung der meisten Interviewpartner/innen die detaillierte Planung ihrer Urlaubsreise wichtig: *„Und, wenn ich das Gefühl habe, dass*

alles organisiert ist (...) das ist dann für mich beruhigend und dann kann der Urlaub für mich losgehen.“

7.2.5 Kostenfaktor

Für Menschen mit körperlicher Behinderung sind die Reisekosten von großer Bedeutung. Unter anderem geht es dabei um die Frage, wer die Kosten für die Reisebegleitung übernimmt, da lediglich die Assistenzzeiten vom Staat bezahlt werden. Die Interviewpartner/innen regeln dies unterschiedlich. Von manchen werden die gesamten Reisekosten übernommen, während andere sich dahingehend einigen, dass sie die Kosten mit der Reisebegleitung teilen.

Ebenso bemängeln manche Gesprächspartner/innen, dass adäquate Unterkünfte für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen meist in höheren Preiskategorien zu finden sind.

Als „*recht kostspielig*“ bezeichnet eine Interviewpartnerin auch spezielle Reiseangebote für Menschen mit Behinderung. Weiters spielt für einen Interviewpartner das Trinkgeld eine Rolle: *„Ja, der (Anm. Nichtbehinderte) braucht nicht so viel Trinkgeld geben, weil er nicht so oft »danke« sagen muss und im Urlaubsort ist »danke« gleich Trinkgeld.“*

Diese hohen Reisekosten sind nach Meinung eines Interviewpartners oft Grund für das Nichtreisen von Menschen mit Behinderung. Nach ihm würden mehr Menschen mit Behinderung Urlaubsreisen unternehmen, wenn damit geringere Kosten verbunden wären.

7.3 Allgemeine Anforderungen an eine Urlaubsreise

Um Menschen mit körperlicher Behinderung einen bestmöglichen Urlaubsaufenthalt zu gewährleisten, ist es wichtig, ihre allgemeinen Anforderungen zu kennen.

Dabei soll beachtet werden, dass eine Urlaubsreise für sie nicht erst bei der Ankunft am Urlaubsort, sondern bereits mit der Anreise beginnt. Der Transport an den (am und vom) Urlaubsort stellt dabei oft eine große Herausforderung für die Betroffenen dar.

Eine zentrale Bedeutung hat für Menschen mit körperlicher Behinderung die Barrierefreiheit, da diese die meisten Aspekte einer Urlaubsreise beeinflusst. Des Weiteren ist der Grad der Abhängigkeit von anderen Personen sehr stark damit verbunden.

Die Freizeitgestaltung und mögliche Belastungen während einer Reise sind für Betroffene ebenso bedeutend, wie die Sicherheit während eines Urlaubsaufenthaltes, die Intimität in der Öffentlichkeit (z.B.: in Restaurants), sowie die Notwendigkeit einer positiven Einstellung trotz vieler Hürden, die es zu bewältigen gilt.

7.3.1 Transport

Für Menschen mit körperlicher Behinderung spielt der Transport, welcher sowohl An- und Abreise als auch die Mobilität am Urlaubsort umfasst, eine bedeutende Rolle. Dies beinhaltet einerseits Unterstützung für den Menschen mit Handicap (z.B. beim Ein- und Aussteigen), wobei dies meist im Voraus organisiert werden muss, wie auch andererseits Hilfe mit dem Gepäck, falls er/sie alleine reist. Dabei bemängelt eine Interviewpartnerin, wonach dies meist nur nach Bitte um Unterstützung geschieht.

Eine weitere Gesprächspartnerin gibt an, dass sie oft zu wenig Zeit zum Aussteigen aus Zügen zur Verfügung hat. Darüber hinaus ist es für sie wichtig, dass sie *„nur Hauptbahnhöfe anfähre, weil es gibt nur bei den Hauptbahnhöfen die Möglichkeit, sich auf dieses Einstiegspersonal sozusagen zu verlassen. Aber fährt man jetzt in eine kleinere Stadt (...) dann gibt es dieses Einstiegsservice nicht. Weil der Bahnhof zu klein ist und, weil es kein Personal gibt.“*

Festzuhalten ist der Wunsch vieler Interviewpartner/innen, nach dem besser auf Menschen mit Handicap eingegangen werden sollte.

7.3.2 Bedeutung von Barrierefreiheit

Barrierefreiheit während einer Urlaubsreise hat für alle Gesprächspartner/innen eine sehr große Bedeutung. Jedoch kommt es nicht selten vor, dass Dinge, die als barrierefrei angegeben werden, nicht entsprechen. Dies liegt nicht zwingend an einer

mangelnden Barrierefreiheit, sondern vielmehr an unterschiedlichen Begriffsauffassungen.

„Das Problem ist halt oft, dass Barrierefreiheit verschieden ausgelegt wird. Die sagen, dass sie einen Aufzug haben macht sie barrierefrei. (...) Aber, dass es wirklich 100%ig passt, das ist sehr, sehr selten. Aber es sind oft die Bedürfnisse der Rollstuhlfahrer sehr verschieden (...)“

Darüber hinaus werden die Betroffenen auch zum Teil mit falschen Angaben konfrontiert.

Für die Interviewpartner/innen ist vor allem eine behindertengerechte Unterkunft wichtig. Dabei nennen sie in besonderem adäquate Badezimmer, Toiletten sowie die Türbreite. Eine Gesprächspartnerin erwähnt darüber hinaus die mangelnde Sicherheit in manchen Unterkünften. Ihrer Meinung nach sollten Menschen mit körperlicher Behinderung im Erdgeschoß untergebracht werden, da im Falle eines Brandes die Aufzüge nicht benutzbar sind. Des Weiteren sprechen sich Befragte für einen Notfallknopf und Türöffner neben dem Bett aus. Ebenso soll die Umgebung, also der Urlaubsort, und im Speziellen die Umgebung der Unterkunft behindertengerecht sein.

Die Bedeutung der Barrierefreiheit für Menschen mit körperlicher Behinderung bezieht sich nicht nur auf die Unterkunft, sondern auf alle Aspekte einer Urlaubsreise. Dies schließt sowohl den öffentlichen Transport, die Aktivitäten während einer Urlaubsreise als auch barrierefreie Restaurants sowie öffentliche Toiletten mit ein.

Ein barrierefreier Urlaubsort soll Menschen mit Handicap eine möglichst hohe Selbstständigkeit ermöglichen. Darüber hinaus meint eine Interviewpartnerin: *„Mehr Freizeitangebot vor Ort und, dass ich einen behinderten Menschen genauso in eine Bar hineinlassen kann, indem ich sie baulich besser gestalte. Dass der behinderte Mensch halt die Möglichkeit hat, sich besser gesellschaftlich zu entwickeln. (...) Es soll ja auch ein sozialer Effekt oder ein gesellschaftlicher Effekt sein vom Urlaub und das ist nicht gegeben, wenn ein behinderter Mensch nirgendwo rein kann.“*

Ein weiterer Gesprächspartner plädiert für eine konsequente Umsetzung sowie Einhaltung der Ö- Normen¹⁶.

7.3.3 Freizeitgestaltung

Wie bereits beschrieben spielt bei der Freizeitgestaltung während einer Urlaubsreise für Menschen mit körperlicher Behinderung die Barrierefreiheit eine zentrale Rolle.

Kompensation, also Ausgleich, Ablenkung und Vergnügen, wird von Opaschowski als eines der acht Freizeitbedürfnisse beschrieben (siehe Kapitel 4.1). Menschen mit Handicap werden durch mangelnde Mobilität, durch nicht-behindertengerechte Umwelt sowie ungenügende Freizeitangebote benachteiligt. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 312. zit. nach Opaschowski, 1990, S. 92- 95)

Grundsätzlich wird nach den Interviews die Reisebegleitung (meist persönlicher Assistent) in die Entscheidung über die Freizeitgestaltung nicht mit einbezogen. Jedoch: *„Das einzige, was ich (...) nicht tue, ist jemandem etwas auf's Aug drücken, wo ich genau weiß, der kann das auf den Tod nicht ausstehen.“*

7.3.4 Belastungen

Wenn die Gegebenheiten am Urlaubsort dem Betroffenen vorher nicht bekannt sind, kann dies für ihn belastend sein. Ebenso meint ein Interviewpartner, dass es oft die *„kleinen Dinge“* sind, die am Urlaubsort ein Problem darstellen: *„Dass ich wohl bestimmte Becken des Schwimmbad benutzen kann, aber das aufzahlpflichtige Schaffelbad mit dem Super- Angebot kann ich nicht nützen, weil dort komm ich nur zu Fuß hin.“*

Alles, was bei der Planung vom Betroffenen nicht berücksichtigt wurde, kann während der Urlaubsreise zu Problemen führen. Dies wird als Belastung von Menschen mit Handicap wahrgenommen. *„Alles, was ich im Vorfeld nicht weiß, wird nachher zu einem potenziellen Problem.“*

¹⁶ Anm. ÖNORM 1603- Planungsgrundlagen für barrierefreie Tourismuseinrichtungen

7.3.5 Gefühl von Sicherheit

Menschen mit körperlicher Behinderung sind sehr oft von anderen Menschen abhängig. Für sie ist deshalb ein Gefühl der Sicherheit von besonderer Bedeutung. Wie bereits beschrieben gehen die Anforderungen an die barrierefreie Unterkunft mit einem Gefühl der Sicherheit einher. Weiters meint eine Interviewpartnerin: *„Du weißt nicht, wo du genau hinkommst und ich bin der Typ Mensch, der eine gewisse Sicherheit braucht, dass er sich wohl fühlt.“*

Weiters lässt sich feststellen, dass für Menschen mit Handicap die Vorbereitung ein ganz zentrales Thema ist, mit dem sie sich lange vor Reiseantritt auseinandersetzen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die Betroffenen während einer Urlaubsreise sicherer fühlen und sich besser entspannen und erholen können.

7.3.6 Intimität

Manche Menschen mit Behinderung würden sich in der Öffentlichkeit mehr Intimität wünschen. Damit ist jedoch keine Trennung von Menschen mit und ohne Behinderung an öffentlichen Plätzen gemeint, sondern mehr Privatsphäre zum Schutz vor den Blicken anderer. Dies soll durch das folgende Beispiel verdeutlicht werden: *„Ich esse z.B. mit den Füßen und möchte aber nicht, dass andere mich dann immer begaffen. (...) Mich stört es nicht, aber mir schmeckt es dann nicht mehr. (...) und, wenn ich jetzt mitten im Raum drinnen sitz und alle bestaunen mich und vergessen das Essen und mir macht das dann auch keinen Spaß. Dann ist der Urlaub hin.“*

7.3.7 think positive

Für Menschen mit Handicap gibt es während einer Urlaubsreise viele Hürden und Probleme, die es zu bewältigen gilt. Dies soll sich jedoch nicht negativ auf die Urlaubsfreude auswirken. In diesem Zusammenhang ist es nach Ansicht eines Interviewpartners bedeutend, sich nicht auf die negativen Dinge einer Urlaubsreise zu konzentrieren, denn dies würde dementsprechend die Urlaubsstimmung beeinflussen. Dabei meint er: *„Ich bin nicht jemand, der sehr ängstlich hingeht und wenn's nicht passt, dann ist das ein Scheiß- Urlaub. Sondern, wenn's nicht passt,*

dann denk ich, mit Hilfe geht das schon. (...) Sonst tut man sich zu sehr drauf versteifen und dann hat man nicht wirklich vom Urlaub was.“

7.4 Reisebegleitung

Die Reisebegleitung ist für Menschen mit körperlicher Behinderung von besonderer Bedeutung.

Aufgrund ihrer Beeinträchtigung sind sie in manchen Bereichen oder zur Gänze auf die Unterstützung anderer Personen angewiesen. Für eine gelungene Urlaubsreise ist es deshalb für Betroffene wichtig, dass ihre Reisebegleitung gewisse Eigenschaften besitzt. Diese werden nachstehend beschrieben.

Im Weiteren wird die Einstellung der Interviewpartner/innen zu fremden Personen als Reisebegleitung, sowie die Abhängigkeit von anderen Menschen erläutert. In diesem Zusammenhang spielt ebenso die Selbstbestimmung der Betroffenen eine besonders zentrale Rolle.

Eine gemeinsame Urlaubsreise von Menschen mit und ohne körperlicher Behinderung birgt einige Chancen und Potentiale. Diese werden abschließend dargestellt.

7.4.1 Die „gute“ Reisebegleitung

Menschen mit körperlicher Behinderung können aufgrund ihrer (Pflege-) Abhängigkeit meist nicht alleine eine Urlaubsreise unternehmen. Sie sind dabei auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen angewiesen. Die Betroffenen stellen daher zahlreiche Anforderungen an die „gute“ Reisebegleitung, um ihre Urlaubszeit bestmöglich verbringen zu können.

Die Auswahl der Reisebegleitung ist für Menschen mit Handicap zentraler Bestandteil der Urlaubsplanung. Für die meisten Interviewpartner/innen ist es wichtig, dass sie eine ihnen vertraute Person während der Urlaubsreise unterstützt. Sie wünschen sich Menschen um sich, die sie auch sonst im Alltag begleiten. Es gibt ihnen mehr Sicherheit, da vertraute/bekannte Personen besser wissen, was er/sie benötigt.

„Wenn ich auf einer Reise bin und auch, wenn das eine Urlaubsreise ist, die einen angenehmen Hintergrund hat, so ist es doch für mich und für alle Beteiligten rund um mich eine Ausnahmesituation. Das heißt, umso mehr ist es mir lieb und teuer, dass die Personen mich begleiten, die mich auch sonst sozusagen durch den Alltag begleiten und mich unterstützen.“

Die Interviewpartner/innen beziehen ihre Reisebegleitung (außer es handelt sich dabei um Ehepartner/in, Freund/in oder sonstige Bekannte handelt) grundsätzlich nicht in die Freizeitgestaltung mit ein. Es wird jedoch erwähnt, dass sie sich Partner/innen für ihre Urlaubsreise wünschen, die ähnliche Interessen haben. Für viele ist es wichtig, dass sie ihre Erlebnisse mit jemandem teilen können und er/sie ebenso Freude und Spaß an dieser gemeinsam verbrachten Zeit hat: *„Ich schwärme gerne. Vielleicht schwärm ich manchmal zu viel, wenn ich wo bin, aber ich schwärm einfach, wenn ich was Tolles sehe. Und das ist immer schön, wenn man das teilen kann.“*

Auch wenn sich die meisten Interviewpartner/innen wünschen, dass sich die Begleitperson nach ihnen richtet und auf sie eingeht, plädieren einige von ihnen auf beiderseitige Rücksichtnahme und sprechen auch der Assistenz Zeit für Erholung und Entspannung zu. Während einer Urlaubsreise haben Menschen mit Behinderung und ihre Reisebegleitung besonders engen und kontinuierlichen Kontakt (siehe dazu auch Kapitel 2.9.2). Dies kann unter Umständen zu Konflikten führen. Manche der Befragten wünschen sich deshalb eine sofortige Aussprache beim Auftreten dieser Problematik: *„dass man einfach gleich darüber redet“*.

Die Gesprächspartner/innen wünschen sich von einer „guten“ Reisebegleitung unter anderem folgende Eigenschaften: Sie soll aufmerksam, einführend, körperlich und psychisch belastbar, verlässlich, flexibel, aufgeschlossen, spontan, ehrlich sowie kreativ sein. Ebenso stellen eine gute Selbsteinschätzung, die Fähigkeit bei unerwarteten Situationen spontan und effizient reagieren zu können und entsprechende Lösungen anzubieten erwünschte Qualifikationen dar.

Die Reisebegleiter/innen sollen sich darüber hinaus nicht aufdrängen und sie bevormunden. Wenn es einer situationsabhängigen Unterstützung bedarf, soll diese

gegeben werden, anschließend möchten die Betroffenen jedoch so weit als möglich wieder zu ihrer Selbständigkeit zurückkehren. Weiters wünschen sie sich, dass die Hilfestellung eine Selbstverständlichkeit sein sollte. *„Dass du das Gefühl hast, einfach frei zu sein. Einfach zu reisen. Ohne, dass du das Gefühl hast, du bist jetzt auf Hilfe oder so angewiesen, sondern, dass das einfach so funktioniert. Ohne, dass das jetzt was Großartiges ist. Dass es fließend funktioniert und du hast das Gefühl, du reist und du bist auf Urlaub. Und du bist einfach total frei.“*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Reisebegleitung für Menschen mit körperlicher Behinderung sehr vielen Anforderungen gerecht werden muss/soll. Dabei geht es nicht nur um das Ausführen von Assistenzleistungen wie beispielsweise das Durchführen der Körperpflege oder der Unterstützung beim An- und Auskleiden, sondern vielmehr darum, diese gemeinsam verbrachte Zeit, bestmöglich zu gestalten. Die Reisebegleitung sollte sich demnach ihrer Verantwortung bewusst sein, da sich Menschen mit körperlicher Behinderung vor allem während einer Urlaubsreise (also in einem ihnen unbekannten Umfeld) aufgrund ihrer Abhängigkeit von anderen Personen auf diese verlassen müssen.

7.4.2 Fremde Personen als Reisebegleitung

Wie bereits beschrieben, wünschen sich Menschen mit körperlicher Behinderung meist vertraute Personen als Urlaubsreisebegleitung. Ein Interviewpartner meinte dazu, dass er einer fremden Begleitperson eher skeptisch gegenüber steht, da er nicht weiß, ob er/sie manche Dinge (wie z.B. das Übernehmen der Körperpflege) überhaupt machen möchte. Er begründet dies folgendermaßen: *„(...)weil es sind ja doch einige wenige Sachen zu machen und halt spaßige und weniger spaßige (Anm. z.B.: Inkontinenz- und Körperpflege) zum Teil auch dabei.“*

Jedoch gibt es auch Menschen mit körperlicher Behinderung, die einer neuen Reisebegleitung positiv gegenüberstehen. Sie würden sich allgemein mehr Menschen wünschen, die sich als Reisebegleitung für Betroffene mit Handicap zur Verfügung stellen würden.

Die meisten Interviewpartner/innen haben kein Problem, fremde Personen um Hilfe zu bitten, wenn es sich um Tätigkeiten handelt, die keinen größeren Aufwand (wie beispielsweise das Bitten um Unterstützung beim Ein- und Aussteigen oder das Reichen von Essen bei einem Buffet) darstellen.

7.4.3 Abhängigkeit von anderen Personen

Für viele Menschen mit körperlicher Behinderung wäre es nicht möglich, ohne Unterstützung eine Urlaubsreise zu unternehmen. Daraus folgend ergibt sich eine Abhängigkeit von anderen Menschen. Ein Gesprächspartner meint dazu, dass diese Abhängigkeit jener Aspekt der Behinderung sei, der ihn am meisten stört.

Nach Schlüter (2007, S.53) ist es jedoch vor allem für junge Menschen mit Handicap bedeutend, trotz ihrer Angewiesenheit auf andere Personen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Es gibt jedoch eine Möglichkeit, diese Abhängigkeit zu reduzieren, damit Betroffene zumindest zum Teil mehr Selbstständigkeit erlangen: *„Man ist ja selbst nicht so behindert, wie andere Menschen oft glauben. Man wird ja dann behindert, wenn man wo ist und vor zehn Stufen steht. Aber, wenn da statt Stufen eine Rampe ist oder ein Lift, dann bist du ja eigentlich auch total mobil und dann bist du eigentlich auch gar nicht behindert.“* Demnach verstärken bauliche Barrieren das Gefühl „behindert“ zu werden und damit die Abhängigkeit von anderen Personen.

7.4.4 Selbstbestimmung

Trotz ihrer Abhängigkeit von anderen Personen, möchten Menschen mit körperlicher Behinderung, dass ihre Meinungen und Wünsche akzeptiert und beachtet werden. Für sie ist es ein zentrales Anliegen, nicht *„bevormundet und bemuttert“* zu werden.

Opaschowski beschreibt bereits 1990 die Partizipation als eines der acht Freizeitbedürfnisse aller Menschen. Als Elemente der Partizipation nennt er die Beteiligung, Mitbestimmung sowie das Engagement. Menschen mit Behinderung sind darin benachteiligt, wenn andere Personen für sie Entscheidungen treffen. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 312. zit. nach Opaschowski, 1990, S. 92- 95)

„Ich sag schon, was ich will. (...) Weil, wenn ich mir das Museum anschauen möchte oder Kirchen anschauen, dann schauen wir halt. Ich tu da sehr wohl – wenn der andere sagt, mich würde das auch interessieren und wir sind nicht sehr oft dort, dann bin ich der letzte, der ‚nein‘ sagt, das ist klar. (...) Aber ich kann mir schon vorstellen, dass jemand, der Wünsche nicht deutlich ausspricht, da Probleme haben könnte.“

Eigene Entscheidungen zu treffen ist besonders für Menschen mit Handicap wichtig, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dies gilt es vor allem deshalb zu erwähnen, da sie oft in der Durchführung der gewünschten Dinge auf die Unterstützung von anderen Personen angewiesen sind, die manchmal glauben die Bedürfnisse behinderter Menschen besser zu kennen, als diese selbst.

7.4.5 Potentiale

Beinahe alle Interviewpartner/innen sehen Potentiale in einer gemeinsamen Urlaubsreise mit Menschen ohne Behinderung. Dabei erwähnen viele, dass alle davon profitieren können. Jedoch müssen auch beide Seiten dazu bereit sein, sich auf das „*Experiment*“ einzulassen. Hierfür ist ein gegenseitiges Verständnis von Bedeutung, welche nach Meinung einer Gesprächspartnerin nicht immer gegeben sei. Ebenso sollen sich alle Beteiligten so verhalten, dass sie möglichst wenig belastend für den jeweils anderen sind.

Die (gelöstere) Stimmung während einer Urlaubsreise kann möglicherweise zu einer geringeren Hemmschwelle und damit zu weniger Berührungsängsten beitragen. Für einen Interviewpartner ist das Miteinander in dieser Zeit von enormer Wichtigkeit. Er beschreibt dies folgendermaßen: *„Es geht einfach ums Miteinander. Und, wenn es ein Miteinander gibt, gibt es nicht so das Gefühl, dass man zu einer Randschicht gehört. Und ich bin total für ein Miteinander und man kann einfach viel lernen.“*

Menschen ohne Behinderung sollen durch einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt einen besseren Einblick in die Situation der Betroffenen erhalten und erkennen, dass eine Mobilitäts- Behinderung zu haben mehr bedeutet, als nur *„nicht gehen zu können“*. Die Konfrontation mit den alltäglichen Problemen, denen nichtbehinderte Menschen immer wieder ausgesetzt sind, stellt ebenso ein mögliches Potential einer

gemeinsamen Urlaubsreise dar. Ein gemeinsamer Urlaubsaufenthalt ist nach Meinung einer Interviewpartnerin eine gute Möglichkeit, die Charakterzüge und -eigenschaften des anderen sowie seine eigenen Grenzen besser kennenzulernen.

7.5 Menschenbild

Die folgenden Abschnitte zeigen einerseits, welches Menschenbild Betroffene von sich selbst haben, sowie andererseits, wie sie denken, von anderen wahrgenommen zu werden.

Dabei geht es um die wahrgenommene Einstellung von Menschen mit körperlicher Behinderung, sowie das empfundene Gefühl der Diskriminierung (im Speziellen während einer Urlaubsreise). Als weitere Themen der komparativen Paraphrasierung werden der Wunsch nach Gleichbehandlung und „Normalsein“ beschrieben, sowie Kritik an der, nach Meinung der Interviewpartner/innen, unzureichenden Differenzierung geübt.

7.5.1 Einstellungen gegenüber Menschen mit körperlicher Behinderung

Hierbei geht es nicht darum, welche Einstellung Menschen ohne Behinderung gegenüber Menschen mit Behinderung haben, sondern wie diese Einstellung wahrgenommen wird. Ein Interviewpartner meint in diesem Zusammenhang: *„Man ist allgemein sehr freundlich, stelle aber fest, dass eine Behinderung immer noch für die meisten Menschen entweder etwas Bemitleidenswertes ist, ja, oder etwas Abstoßendes ist. Es gibt nur diese zwei Kategorien, wobei beides genauso schlimm ist, finde ich. So Mitleid ist schlecht und abstoßend- ist eh klar. Man (...) sagt es einem nicht. Man lässt es einem eigentlich spüren.“*

7.5.2 Gefühl der Diskriminierung

Ein Gefühl der Diskriminierung während einer Urlaubsreise kann für Menschen mit Behinderung dann entstehen, wenn sie Freizeitangebote aufgrund ihres Handicaps nicht nutzen können, da die Verantwortlichen diese absichtlich nicht behindertengerecht gestalten. Ein Gesprächspartner beschreibt dazu ein Erlebnis: *„Oder, dass es in Thermen nur die Mindestausstattung gibt. Also nur das, was vom Gesetzgeber absolut gefordert ist. (...) Mir wurde von einer Bekannten mitgeteilt,*

dass das deshalb so gemacht werde, damit erst gar nicht so viele Menschen mit Behinderung auf die Idee kämen, dort Urlaub zu machen, weil das ja das Badevergnügen der anderen Gäste störe. Das heißt, nachdem die Info von Thermenbetreibern stammt, kann ich davon ausgehen, dass die stimmt und ist aber doch, finde ich, ein relativ entlarvendes Statement.“

Wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben, stellt die Integration mit den Elementen des Zusammenseins, des Gemeinschaftsbezuges sowie der sozialen Stabilität eines der acht Freizeitbedürfnisse von Opaschowski dar. Für Menschen mit Handicap kann sich durch ihre körperliche Beeinträchtigung eine Diskriminierung bzw. Isolierung in der Gesellschaft ergeben. (Vgl. Markowetz, 2007, S. 312. zit. nach Opaschowski, 1990, S. 92- 95) So können sie beispielsweise einige Freizeitangebote nicht nützen und damit an manchen Aktivitäten nicht teilnehmen. Dies kann bei Betroffenen zu einem Gefühl der Diskriminierung führen.

7.5.3 Gleichbehandlung

Menschen mit körperlicher Behinderung wünschen sich, genauso behandelt zu werden, wie Menschen ohne Handicap: *„Es ist einfach wichtig, dass die Leute da keinen Unterschied machen. (...) Dass man ganz einfach, ganz normal, wie jeder Nichtbehinderte seinen Urlaub verbringen will und halt bei manchen Dingen mehr Aufmerksamkeit braucht.“*

Die Gleichbehandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen hängt stark von der Einstellung, die ihnen entgegengebracht wird, ab. Nur, wenn sie als gleichwertige, selbstbestimmte Personen gesehen werden, ist es möglich sie auch gleich zu behandeln.

7.5.4 „Normalsein“

Interessant ist, dass in vielen Interviews das Wort „normal“ und der Wunsch nach „Normalsein“ genannt werden. Betroffene möchten *„ganz normal in den Urlaub fahren“* und *„normal, wie jeder Nichtbehinderte seinen Urlaub verbringen“*. Unter dem Begriff »normal«, wird dabei »nicht- behindert« verstanden. Dies impliziert, dass nicht einmal Betroffene sich selbst als normal wahrnehmen. Des Weiteren meint ein

Interviewpartner, dass *„solange wir das differenzieren durch Worte wie ‚Barrierefreiheit‘, wie ‚behindertenfreundlich‘, können wir gar nicht wirklich sagen, dass wir zu dem Kreis der normalen Menschen zählen.“*

Eine Umsetzung der Ergebnisse der geführten Interviews könnte möglicherweise dazu beitragen, dass Menschen mit körperlicher Behinderung sich selbst „mehr als normal“ wahrnehmen.

7.5.5 Differenzierung

Einige Gesprächspartner/innen kritisieren die unzureichende Differenzierung zwischen den verschiedenen Behinderungsarten. In diesem Zusammenhang meint ein Interviewpartner, dass Behinderung immer mit Rollstuhlfahrer/in gleichgesetzt und kaum Rücksicht auf andere körperliche Beeinträchtigungen genommen wird.

„Also heutzutage wird Behinderung gleich Rollstuhl definiert. Ja- Armbehinderung. Wer denkt darüber nach? Kein Mensch. Was nützt es mir, wenn ich die Stufen gehen kann, aber vielleicht selber keine Tür aufschließen kann oder verschließen kann?“

Jedoch gibt es auch Unterschiede zwischen Menschen mit Handicap, die im Rollstuhl sitzen. Je nach Schweregrad der Behinderung ist ein unterschiedliches Ausmaß an Unterstützung erforderlich.

Ebenso muss zwischen der benötigten Unterstützung im gewohnten, alltäglichen Umfeld und zwischen jener in einer fremden Umgebung (so, wie es während eines Urlaubsaufenthaltes ist) differenziert werden, da Menschen mit körperlicher Behinderung zuhause meist unabhängiger sind als im unbekannten Urlaubsumfeld.

8 Fazit

Wie bereits zu Beginn der Arbeit beschrieben wurde, lässt sich der Begriff »Behinderung« nur sehr schwer fassen, da in der Literatur zahlreiche unterschiedliche Definitionen vorhanden sind. Körperliche Behinderungen können nach Erscheinungsformen und Ursachen unterschieden werden (vgl. Leyendecker, 2005, S.90- 93).

Nach der F.U.R. Reiseanalyse lässt sich zwar ein Anstieg der Urlaubsreiseintensität der betroffenen Zielgruppe feststellen, dennoch liegt diese noch deutlich unter jener der Gesamtbevölkerung (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, 2008, S. 57). Dies steht im Widerspruch zur Aussage der meisten Interviewpartner/innen, wonach Urlaub für sie eine große Bedeutung hat. Hier muss jedoch beachtet werden, dass die Befragten keine repräsentative Stichprobe für Menschen mit körperlicher Behinderung darstellen.

Je nach Art und Schweregrad der körperlichen Beeinträchtigung, haben Betroffene differenzierte Anforderungen an einen Urlaubsaufenthalt im Allgemeinen und mit Menschen ohne Behinderung im Speziellen. In diesem Zusammenhang bedeutet beispielsweise Barrierefreiheit für Menschen im Rollstuhl etwas anderes, als für jene mit Armbehinderung. Während für erstere unter anderem Rampen, Aufzüge und Türbreiten wichtig sind, heißt Barrierefreiheit für zweitere das automatische Öffnen oder Schließen von Türen. Hier zeigt sich bereits die Komplexität der Erfassung der Bedürfnisse von Menschen mit Handicap.

Für ein umfassendes Verständnis der Anforderungen der Zielgruppe an einen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt mit Menschen ohne Behinderung, ist es ebenso wichtig, deren allgemeine Voraussetzungen zu kennen. Nur, wenn alle Wünsche und Erwartungen der Betroffenen erfüllt werden, kann diese Zeit positiv verbracht werden.

Bezugnehmend auf die Ergebnisdarstellung lässt sich festhalten, dass sowohl die Konstrukte der Verdichtung als auch die Themen der komparativen Paraphrasierung

nicht für sich alleine stehen, sondern ineinander übergehen, sich ergänzen und zum Teil überschneiden.

Bevor reisen für jene Menschen mit körperlicher Behinderung, die diese im Laufe ihres Lebens erworben haben, zum Thema wird, müssen sie die von Yau et al. (2004) beschriebenen Phasen des Reiseaktivwerdens durchlaufen. Betroffene beginnen erst in der vierten Phase mit der Planung einer möglichen Urlaubsreise. Diese umfasst zahlreiche Aspekte, die für Menschen mit Handicap eine große Herausforderung darstellen. Empfehlungen von Bekannten (vor allem, wenn diese ebenso mit einer Behinderung leben) spielen dabei eine zentrale Rolle. Weitere Inhalte sind dabei der Transport, die barrierefreie Unterkunft und Freizeitgestaltung sowie die Auswahl und Organisation der Reisebegleitung.

Für Menschen mit körperlicher Behinderung hat die Reisebegleitung eine besondere Bedeutung. Da viele von ihnen auf die Unterstützung von anderen Personen angewiesen sind, könnten sie ohne Begleitung meist keine Urlaubsreise unternehmen. Nach dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009, S. 9) liegt bei jenen Menschen, die Unterstützung bei Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtung benötigen, Pflegebedarf vor. Aufgrund der ungewohnten und zum Teil inadäquaten Umgebung an einem Urlaubsort, ist der genannte Pflegebedarf der Betroffenen höher als in der gewohnten Umgebung zuhause. Während einer Urlaubsreise hat die Reisebegleitung zahlreiche An- und Herausforderungen zu bewältigen, denn Menschen mit körperlicher Behinderung müssen sich angesichts ihrer Abhängigkeit auf sie verlassen können. Meist werden Personen bevorzugt, die der/die Betroffene bereits kennt, da sie wissen, worauf sie achten müssen und dies Sicherheit für Menschen mit Handicap bedeutet.

Wichtig ist für Menschen mit Behinderung auch, dass sie ein selbstbestimmtes Leben führen und somit trotz ihrer Abhängigkeit eine Reise unternehmen können, bei der sie die Entscheidungen treffen, ohne „bevormundet“ zu werden.

Eine gemeinsame Urlaubsreise von Menschen mit und ohne Behinderung birgt viele Potentiale. Intensiver, freiwilliger Kontakt kann sich nach Cloerkes (2007, S. 147) positiv auf die Einstellung Nichtbehinderter gegenüber Betroffenen auswirken. Dabei

trägt eine gelöste Stimmung während einer Urlaubsreise möglicherweise zu einer geringeren Hemmschwelle sowie zu weniger Berührungsängsten bei.

Die vorliegende Arbeit bietet lediglich einen Einblick in die Erwartungen und Wünsche von Menschen mit körperlicher Behinderung an eine gemeinsame Urlaubsreise mit Nichtbehinderten. Für umfassende Erkenntnisse bedarf es jedoch weiterer qualitativer sowie quantitativer Untersuchungen.

9 Ausblick

Aufgrund der steigenden Anzahl von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, die dennoch gerne Urlaubsreisen unternehmen möchten, ist es unerlässlich weitere Untersuchungen zu diesem Thema durchzuführen.

Derzeit gibt es nur sehr wenige Arbeiten, die sich damit beschäftigen und vor allem, die zwischen den Behinderungsarten differenzieren. Dies wäre bedeutend, da sich aus den verschiedenen Arten und Schweregraden unterschiedliche Anforderungen ergeben. Nur, wenn die Erwartungen und Wünsche von Menschen mit körperlicher Behinderung bekannt sind, können sich Reiseanbieter/innen sowie –begleiter/innen besser auf die Zielgruppe einstellen und einen angenehmen und erholsamen gemeinsamen Urlaubsaufenthalt gewährleisten. Aufgabe der Pflege könnte in diesem Zusammenhang die Schulung und Beratung von Reisebegleiter/innen im Umgang mit körperlich behinderten Menschen sein.

Des Weiteren sollten nach Meinung der Interviewpartner/innen bei (Bau-) Projekten stets Menschen mit Handicap mit einbezogen werden, da Betroffene wissen, worauf geachtet werden muss.

Wie bereits als Thema der komparativen Paraphrasierung erwähnt, ist „Normalsein“ für Menschen mit körperlicher Behinderung bedeutend. Sind Menschen mit körperlicher Behinderung nicht normal? Was oder wer ist normal? Aus diesem Grund könnte eine weiterführende Studie jene nach der Bedeutung von „Normalität bzw. Normalsein“ sein.

Wünschenswert wäre ebenso eine umfassende Plattform von und für Menschen mit Beeinträchtigungen, die Informationen rund um Reisen und Urlaub bietet. Es gibt bereits einige Informationsseiten, jedoch sind diese kaum miteinander vernetzt.

Literatur

Bartholomeyczik S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit-Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik S./ Halek M. (Hrsg.): Assessementinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Berdel D./ Gödl D./ Schoibl H. (2003): Qualitätskriterien im Tourismus für behinderte und ältere Menschen. Wien.

Bernsmeier H. [Hrsg.] (1983): Behinderte. Arbeitstexte für den Unterricht. Stuttgart, Philipp Reclam jun.

Bruhn M. (2007): Marketing. Grundlagen für Studium und Praxis. Wiesbaden, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2006): Einblick 8. Orientierungshilfe zum Thema Behinderung. Gleichstellung. Wien.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2008): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2008a): Barriere:frei! Handbuch für barrierefreies Wohnen. Wien.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003): Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für alle. Münster, Berlin.

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2009): Tourismus für Alle. Barrierefreies Planen und Bauen in der Tourismus- und Freizeitwirtschaft. Wien.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2008): Barrierefreier Tourismus für Alle in Deutschland – Erfolgsfaktoren und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Berlin.

Burnett J. J./ Bender Baker H. (2001): Assessing the Travel- Related Behaviors of the Mobility- Disabled Consumer. In: Journal of Travel Research. Volume 40, Number 4, pp. 3-11.

Cloerkes G. (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg, Universitätsverlag Winter GmbH.

Cloerkes G./ Felkendorff K. (2007): Institutionalisierung von Behinderung. In: Cloerkes G. (Hrsg.): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg, Universitätsverlag Winter GmbH.

Darcy S. (2002): Marginalised Participation: Physical Disability, High Support Needs and Tourism. In: Journal of Hospitality and Tourism Management. Volume 9, Number 1, pp.61- 72.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI/ WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

Duden (2000): Das große Fremdwörterbuch. Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich, Dudenverlag.

Faßbender K.- J./ Schlüter M. (Hrsg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn, Julius Klinkhardt.

Firlinger B. [Hrsg.] (2003): Buch der Begriffe. Sprache, Behinderung, Integration. Wien, Ing. Walter Adam Ges.m.b.H.

Floigl V. (2002): Raus aus dem Alltag. Aufgaben mit ethischer Zielsetzung können auch ein wirtschaftlicher Erfolg sein. In: ProCare 6.

Freyer W. (2001): Tourismus. Einführung in die Tourismusökonomie. Oldenbourg, Wissenschaftsverlag GmbH.

Freyer W. (2006): Tourismus. Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie. Oldenbourg, Wissenschaftsverlag GmbH.

Herbricht H. (2002): Reiseassistenten-ihre speziellen Aufgaben, ihre Schulung und Vermittlung. In: Wilken U. (Hrsg.): Tourismus und Behinderung. Ein sozialdidaktisches Kursbuch zum Reisen von Menschen mit Handicaps. Berlin, Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

Jaeggi E./ Faas A./ Mruck K. (1998): Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin.

Kallenbach K. (2000): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch- rehabilitative Maßnahmen. Bad Heilbrunn, Julius Klinkhardt.

Körtner U. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Wien, Facultas Universitätsverlag.

Kühne- Ponesch S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Wien, Facultas Universitätsverlag.

Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. Weinheim. Psychologie Verlags Union.

Leyendecker Ch. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Fördermöglichkeiten. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.

Lohrmann Ch. (2004): Die Pflegeabhängigkeitsskala. In: Bartholomeyczik S./ Halek M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Mallas A. et al (2004): Vom ‚Tourismus für Menschen mit Behinderung‘ zum ‚Tourismus für Alle‘. In: Becker C. et al (Hrsg.): Geographie der Freizeit und des Tourismus. Bilanz und Ausblick. München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Markowetz R. (2007): Freizeit behinderter Menschen. In: Cloerkes G. (Hrsg.): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg, Universitätsverlag Winter GmbH

Maschke M. (2008): Behindertenpolitik in der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayer Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien, Facultas Universitätsverlag.

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim/Basel, Beltz Verlag.

Mundt J.W. (2001): Einführung in den Tourismus. Oldenbourg, Wissenschaftsverlag GmbH.

Opaschowski H. W. (1996): Pädagogik der freien Lebenszeit. Opladen, Leske und Budrich.

Opaschowski H. W. (2006): Einführung in die Freizeitwissenschaft. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH.

Pschyrembel (2003): Wörterbuch Pflege. Berlin, Walter de Gruyter.

Raith R. (2002): Die NatKo- Eine für Alle. Aufgaben und Ziele der Nationalen Koordinationsstelle Tourismus für Alle. In: Wilken U. (Hrsg.): Tourismus und Behinderung. Ein sozial- didaktisches Kursbuch zum Reisen von Menschen mit Handicaps. Berlin, Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

Rosenkranz R. (1998): Familienentlastung. Dienste für Familien mit behinderten Angehörigen, unter besonderer Berücksichtigung der Lebens- und Alltagssituation der Eltern. Linz, edition pro mente.

Schlüter M. (2007): Körperbehinderung und Pflegeabhängigkeit- Grundlegende Analysen. In: Faßbender K. J./ Schlüter M. (Hrsg.): Pflegeabhängigkeit und

Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn, Julius Klinkhardt.

Schmid P. (2004): Freizeit und Behinderung. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Ausgabe 9.

Stadler H. (1998): Rehabilitation bei Körperbehinderung. Eine Einführung in schul-, sozial- und berufspädagogische Aufgaben. Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH.

Stadler H./ Wilken U. (2004): Pädagogik bei Körperbehinderung. Studentexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik. Weinheim-Basel-Berlin, Beltz Verlag.

Uher E. M. (2002): Behinderung aus medizinpsychologischer Sicht. In: Frischenschlager O. et al (Hrsg.): Medizinische Psychologie. Ein Leitfaden für Studium und Praxis mit Prüfungsfragen. Wien, Facultas- Universitätsverlag.

Yau M. et al. (2004): Traveling with a disability. More than an Access Issue. In: Annals of Tourism Research. Volume 31, Number 4, pp. 946- 960.

Onlinequellen:

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009): Einblick 5- Pflege. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Abrufbar unter: https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Webfassung_PflegeHeft_5_2009.pdf (Zugriffsdatum: 14.02.2010)

Kalcher R. (2006): Parapet/ Parapeth. Abrufbar unter: <http://bauwiki.tugraz.at/bin/view/Baulexikon/ParaPeth> (Zugriffsdatum: 19.02.2010)

Keppner R. (2004): Körperbehinderung. Krautheim. Abrufbar unter: http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Behinderung/s_503.html (Zugriffsdatum: 28.05.2009)

Clementi A./ Eberherr H. (2005) Grundlagen: Qualitative Methoden II. Wien. Abrufbar unter: <http://www.unet.univie.ac.at/~a8806829/Docs/PAbschnitt1AK/221KZF2.pdf> (Zugriffsdatum: 28.05.2009)

Feyertag L. (2006): Barrierefreiheit im Tourismus. Abrufbar unter: <http://public.wuapaa.com/wkstmk/2006/tourismus/files/Barrierefreiheit.pdf> (Zugriffsdatum: 28.05.2009)

Nationale Koordinationsstelle Tourismus für Alle e.V. – NatKo (o.J.): touristische Servicekette. Abrufbar unter: http://www.natko.de/uploads/images/touristische_servicekette.gif (Zugriffsdatum: 30.01.2010)

Statistik Austria (2008): Bevölkerungspyramide für Österreich 2007, 2030 und 2050. Wien. Abrufbar unter: http://www.statistik.at/web_de/presse/033887 (Zugriffsdatum: 15.12.2009)

Diplomarbeiten/ Dissertationen:

Miesenböck J. (2007): Reisebarrieren von Menschen mit Behinderung. Johannes Kepler Universität, Linz.

Rannegger R. (2006): Barrierefreier Tourismus in Österreich. Analyse des Reiseverhaltens und den dabei auftretenden Problemen entlang der touristischen Servicekette von Menschen im Rollstuhl aus Österreich. IMC Fachhochschule Krems.

Sánchez Guerra L. (2002/2003): Tourism for all: Organising trips for physically disabled customers. Bournemouth University, United Kingdom.

Supanic I. (2008): Zur Pflege körperbehinderter Menschen. Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Universität Wien, Wien.

Zeitschriften:

Fellner S. (2008): Belastung von Eltern eines Kindes mit schwerster Behinderung. Universität Wien, Wien, nach: Boyles, Mc. Millan Ch. Et al.: Representations of disability in nursing and healthcare literature: an integrative review. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 62, Issue 4, May 2008, 428- 437.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2007, 2030 und 2050.....	27
Abbildung 2: Die touristische Servicekette.....	44
Tabelle 1: Unterschiede zwischen ICIDH und ICF.....	20
Tabelle 2: Formen und Ursachen von Körperbehinderung.....	22
Tabelle 3: Freizeitbedürfnisse nach Opaschowski.....	37
Tabelle 4: Urlaubsreiseintensität.....	53
Tabelle 5: Reishäufigkeit.....	54
Tabelle 6: Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen.....	56
Tabelle 7: Einschätzungskriterien der PAS.....	57
Tabelle 8: Grad der Pflegeabhängigkeit nach der PAS.....	58
Tabelle 9: Theoretische Grundlagen qualitativen Denkens nach Mayring.....	62
Tabelle 10: Ergebnisdarstellung.....	70

Curriculum Vitae

CONTACT INFORMATION

NAME: Höchsmann Manuela
ADDRESS: Johannagasse 2/1/8 1050 Wien
EMAIL: manuela.hoechsmann@aon.at

PERSONAL INFORMATION

DATE OF BIRTH: July 5th, 1986
PLACE OF BIRTH: Vöcklabruck/Austria
CITIZENSHIP: Austria
SEX: Female
MARITAL STATUS: Unmarried

EMPLOYMENT HISTORY

09/2005- 04/2007 Microsoft Promotion
04/2007- 09/2008 Siemens Promotion Services
04/2008- 06/2008 GfK Austria GmbH (Telefoninterviews)
Since 09/2008 Medical Update/pflegenetz (Bildungsmanagement/
Redaktion)

INTERNSHIPS/ VOLUNTEERING

09/2006 Internship in a nursing home (Attergauer Seniorenheim)
08/2007- 09/2007 Internship in a hospital (Kaiserin Elisabeth Spital)
07/2008 Volunteering (Vitalise- essential breaks for disabled
people and carers/ Essex-UK)

EDUCATION

Since 10/2005 Studies of Nursing Sciences at the University of Vienna
09/2000- 06/2005 upper-secondary academic school specializing in
instrumental music
09/1996- 07/2000 lower secondary school
09/1992- 07/1996 elementary school